

Le Médiateur

DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES

Rapport
annuel
2011

Rapport annuel 2011

Le Médiateur

DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES

BP 290 - 75425 PARIS CEDEX 09
T : 01 45 23 40 71 - F : 01 45 23 27 15
le.mediateur@mediation-assurance.org

Sommaire

INTRODUCTION	06
1 NOUVELLES PRATIQUES, NOUVEAUX COMPORTEMENTS, NOUVEAUX LITIGES	09
Litiges liés à la diversité de l'offre	10
Les produits dits « de niche »	10
Les assurances vendues par téléphone	11
Litiges liés à un besoin de protection accrue	12
L'information de l'entourage	12
L'affectation du capital dans un contrat de prévoyance obsèques	13
Les limites contractuelles des garanties	14
Les litiges liés à la crise économique	15
La résurgence de litiges qui avaient disparus	16
Les sanctions des comportements	17
Les comportements dilatoires	17
La loyauté du démarchage	20
La sanction pénale des comportements	21
2 UN INDEX POUR LA MÉDIATION	27
La transférabilité des contrats de retraite	28
De l'assurance de groupe à l'assurance individuelle	28
Taux garanti et prorogation du contrat	29
La revalorisation des rentes	30
L'application de l'article L 113-9 du Code des assurances	31
Date du sinistre et mise en jeu de la garantie	32
La transaction	34
3 LA MÉDIATION AU NIVEAU INTERNATIONAL	35
L'Union Européenne	36
Le monde	38
4 LA MÉDIATION EN CHIFFRES	39
Les demandes de médiation	41
La recevabilité des demandes de médiation	43
La provenance des demandes	43
L'objet des litiges	45
Les assurances de biens et de responsabilité	45
Les assurances de personnes	46
L'enjeu des litiges	46
Les résultats de la médiation	46
La nature des avis	47
Le suivi des avis	47
Les délais	47
CONCLUSION	48
ANNEXES	51



Introduction

Francis Frizon
MÉDIATEUR DE LA FFSA

Lors de ma prise de fonction, en 2000, j'avais naïvement envisagé la possibilité pour le médiateur de disparaître, sa présence et son action auprès des parties prenantes devant, par essence, améliorer les comportements et permettre à terme la résolution des éventuels litiges au niveau des entreprises. Au fur et à mesure que l'on avance, comme l'horizon, cette perspective s'éloigne.

Certes, la proportion des dossiers qui trouvent une solution lors des procédures de traitement des réclamations ou lors des « pré médiations » internes aux entreprises, se montre de plus en plus importante. Mais le nombre des demandes de médiation ne continue pas moins de croître et ce, dans des proportions qui rendent illusoire d'envisager la disparition du médiateur du fait d'une autorégulation des parties prenantes.

Pendant cette année 2011, plus de 7 000 demandes de médiation auront été enregistrées, soit une augmentation de plus de 2 000 courriers reçus par rapport à 2010.

La persistance des comportements que j'avais relevés lors des derniers exercices, tant de la part des assurés qui cherchent dans des périodes économiquement difficiles à

obtenir le maximum possible, que de celle des professionnels, est l'une des explications. On a aussi observé l'apparition récente et en nombre de nouvelles variétés de contrats directement liés, soit à la vente de produits de consommation, soit à des aspects de la vie courante. Cette multiplication d'assurances conduit à une sorte de déresponsabilisation vis-a-vis des actes de la vie ordinaire, incitant à croire que quoiqu'il advienne on a vocation à être indemnisé. La réalité est autre.

Ces aspects « signe des temps » de l'assurance seront développés dans la première partie de ce 18^{ème} rapport du médiateur de la FFSA. Comme les années précédentes, il permettra également d'évoquer des questions de fond comme celle, aujourd'hui d'actualité, des conséquences civiles des retards de paiement en assurance vie ou encore, celle peu souvent évoquée des incidences du droit pénal dans la médiation.

La seconde partie du rapport, consacrée à l'index, permettra de redéfinir les lignes parfois oubliées du droit ou du bon sens et qui auront fait défaut à l'occasion de litiges persistants. Si elles avaient été respectées, on aurait d'évidence évité que nombre de dossiers ne se retrouvent sur le bureau du médiateur, voire sur celui du juge.

Mon activité internationale prend une place toujours plus importante du fait des initiatives communautaires qui construisent le droit futur de la médiation en Europe. De nombreuses organisations internationales, mais aussi plusieurs pays spécifiquement, montrent également leur intérêt pour la médiation dans la sphère financière. La version désormais bilingue Français/Anglais du rapport est devenue une nécessité.

Afin de donner la vision la plus globale possible de la médiation de l'assurance, la partie consacrée aux données chiffrées fera référence aux chiffres publiés par le médiateur du GEMA.

En conclusion, il me paraît nécessaire de revenir sur une notion particulièrement sensible et qui constitue l'un des fondamentaux de la médiation : la recherche de l'Équité. La majuscule s'impose tant le sujet est complexe et sans cesse évoqué, sinon mis en cause, dans les dossiers qui sont soumis au médiateur. ●



Nouvelles pratiques, nouveaux comportements, nouveaux litiges

La forte augmentation des demandes de médiation dans le domaine de l'assurance, constante depuis l'année 2007, a connu un bond spectaculaire en 2011. Plusieurs facteurs peuvent l'expliquer comme la persistance des effets de la crise financière ou encore l'appétence croissante du public pour la médiation et ses avantages. Cependant, plus de 2 000 courriers supplémentaires par rapport au dernier exercice ayant été reçus, il convient de s'interroger sur la survenance d'autres facteurs d'explication possibles.

Quatre grandes tendances sont clairement identifiables. Elles concernent en premier lieu la diversification de l'offre d'assurance, tant au regard de la multiplicité des offres elles-mêmes que des moyens d'y souscrire, notamment par téléphone.

Le besoin accru de la part du public de se sentir protégé en est une autre. Les litiges directement induits par la situation économique sont évidemment à prendre en compte. Enfin et hélas, on a vu resurgir des causes de litige que l'on croyait disparues. En parallèle des situations litigieuses nées des comportements de la part d'entreprises il est utile de rappeler les règles de droit applicables, y compris les différents régimes de sanctions civiles prévues par le Code des assurances ou le Code de la consommation. La diversité des sujets soumis à la médiation de l'assurance m'incite également à rappeler que des dispositions de droit pénal concernent toutes les parties, assureurs, assurés et intermédiaires.

Litiges liés à la diversité de l'offre

LES PRODUITS DITS « DE NICHE »

L'augmentation des demandes de médiation est sans nul doute due à un phénomène de concurrence accrue au travers des produits proposés dans le secteur de l'assurance. On assiste en effet à une diversité et une multiplicité des offres et des méthodes de vente.

L'assurance est présente dans les grandes enseignes commerçantes et elle est aussi de plus en plus souvent proposée par un démarchage à distance particulièrement actif et innovant.

Il n'est pas rare aujourd'hui que des enseignes commerciales développent une offre d'assurance conjointe au produit ou au bien acheté. Ainsi, depuis plusieurs années déjà, on peut souscrire une assurance lors de l'achat de son téléphone mobile pour en garantir la perte, le vol ou le bris. Le nombre croissant des litiges dans ce domaine ne surprend plus.

Désormais, il est fréquent de se voir offrir la possibilité d'assurer sa bicyclette ou sa paire de skis dans le magasin d'articles de sport. De même, la proposition du vendeur de garantir les appareils électroménagers ou de loisirs, hi-fi, photos, etc. est aujourd'hui quasi systématique. Le client souscrit volontiers à ce type de contrat, pourtant relativement onéreux, se persuadant ainsi d'être totalement garanti et protégé.

Au regard des litiges qui me sont soumis, on peut tout d'abord s'interroger sur la qualité des conseils concernant ces assurances tels qu'ils sont prodigués par les vendeurs des biens et produits concernés.

On doit également s'interroger sur les divers cumuls et double emplois avec les garanties légales des constructeurs, voire celles de contrats multirisques habitation existants. Lors de l'appel à la mise en jeu des garanties les difficultés sont de ce fait fréquentes.

Mais surtout, ce phénomène encourage certains consommateurs à se déresponsabiliser. Dans plusieurs dossiers soumis à la médiation il est apparu manifeste que le réclamant n'avait pas lu son contrat lors de l'achat, souvent pas plus lors de la survenance du sinistre. Il ignore également, lorsqu'il conteste, à qui s'adresser du vendeur, du courtier d'assurances - généralement initiateur de ces garanties collectives spécifiques et souvent gestionnaire du contrat - ou de la société d'assurances, difficilement identifiable de prime abord il est vrai.

Quoiqu'il en soit et en tout état de cause, le client s'estime dans son bon droit car il a payé une assurance spécifiquement dédiée à son achat et ne comprend ni n'accepte de ne pas être indemnisé lorsque survient un sinistre.

Ces contrats dits « de niche » présentent certes un intérêt pour les parties prenantes. Mais, force est de constater que souvent, les garanties accordées aux assurés sont limitées. Trop fréquemment, lorsque le sinistre survient, les circonstances font que les conditions strictes de la garantie ne sont pas remplies. Il s'ensuit une déception, voire un sentiment parfois exprimé d'escroquerie ou de vol. Un tel ressenti, très nuisible à l'image de la profession de l'assurance, est d'autant plus violemment perçu que l'on aura créé par ces offres spécifiques un besoin assorti d'une attente très forte chez un consommateur, acheteur occasionnel d'un bien et devenu de manière circonstancielle un assuré tout aussi occasionnel. Signe des temps.

LES ASSURANCES VENDUES PAR TÉLÉPHONE

On observe au travers des demandes de médiation qui m'ont été soumises cette année, une augmentation sensible du nombre des litiges portant sur la souscription de contrats d'assurance par téléphone.

Dans plusieurs cas, des consommateurs se sont retrouvés engagés auprès d'une société d'assurances après avoir seulement accepté de communiquer leurs informations bancaires aux démarcheurs dans l'objectif de recevoir de la documentation. Les requérants contestent la légalité de cette opération et s'étonnent du fait que le contrat ait été formé malgré l'absence de consentement et de la signature d'un quelconque document contractuel.

Je rappelle que l'existence du contrat d'assurance n'est pas légalement subordonnée

à l'établissement d'un écrit, même si ce dernier lui confère un caractère probant. Cependant, la formation du contrat suppose le consentement de l'assureur ainsi que celui du souscripteur et il appartient à celui qui allègue l'existence d'un contrat d'assurance d'en apporter la preuve.

Ainsi, la communication de ses coordonnées bancaires par téléphone ne saurait constituer à elle seule la preuve d'un consensualisme parfait. En plus de vicier le consentement du candidat à l'assurance, ces pratiques, qui sont le fait de professionnels peu scrupuleux, sont une entrave aux droits des consommateurs et, comme on le verra ci-après, susceptibles de sanctions.

Litiges liés à un besoin de protection accrue

La recherche d'une protection accrue pour soi-même et ses proches va croissant. Prévoir de son vivant le financement de ses obsèques comme la transmission de son patrimoine est devenu commun. Le succès commercial des contrats « obsèques » et de l'assurance sur la vie en général en atteste. Mais, l'ignorance par les bénéficiaires de l'existence de contrats stipulés à leur profit est une source importante et récurrente de litiges. Faute pour le souscripteur d'avoir été correctement avisé mais aussi, faute pour lui d'avoir informé son entourage, ces contrats qui se devaient protecteurs manquent leur objectif.

Dans le domaine des assurances de dommages, j'ai relevé de nombreux cas où le sentiment d'être couvert quelles que soient les limites des garanties du contrat l'emporte sur la raison et devient une source de conflits.

L'INFORMATION DE L'ENTOURAGE

Il arrive qu'un contrat d'assurance vie se poursuive après le décès du souscripteur, soit parce que le décès n'est pas connu de l'assureur, soit, s'il est connu, en raison des difficultés soulevées par l'identification du ou des bénéficiaires.

Le souscripteur n'a pas l'obligation d'informer le bénéficiaire qu'une désignation a été faite à son profit. Aussi, la souscription d'un contrat d'assurance vie est-elle quelquefois tenue secrète par l'assuré par crainte qu'elle devienne une source de conflit d'ordre familial en particulier, voire qu'elle fasse naître un *votum mortis* à son égard. Mon intervention est régulièrement sollicitée par les proches d'un défunt qui soupçonnent l'existence d'un contrat et s'interrogent sur leur éventuelle qualité de bénéficiaire. Ces demandes ne relèvent pas d'une procédure de médiation et j'invite les ayants droit à se rapprocher de l'Association pour la Gestion des Informations sur le Risque en Assurance (AGIRA), chargée d'organiser la recherche de contrats d'assurance vie en déshérence. De par la loi du 17 décembre 2007, qui permet la

recherche des bénéficiaires des contrats d'assurance sur la vie non réclamés et l'engagement déontologique pris par les assureurs de la FFSA et du GEMA cette même année, les sociétés d'assurances ont l'obligation de rechercher annuellement les souscripteurs éventuellement décédés, grâce à un libre accès au Répertoire national d'identification des personnes physiques. En cas d'identification, les assureurs ont alors l'obligation de rechercher et d'en informer le(s) bénéficiaire(s).

Aujourd'hui, cette vérification annuelle n'intervient automatiquement à l'initiative de l'assureur que pour les contrats dont la provision mathématique est supérieure à 2 000 euros et dont les souscripteurs, âgés de plus de 90 ans, n'ont pas eu de contact avec leur assureur depuis deux années. A tout moment en revanche une recherche peut être réalisée à la demande d'une personne qui pense être bénéficiaire d'un contrat souscrit par une personne décédée.

Afin que le contrat d'assurance réponde à l'objectif visé par le souscripteur, j'attire l'attention sur l'importance d'aviser l'entourage pour une garantie de type obsèques et à tout le moins de faire mention de l'existence du contrat dans un testament pour une assurance sur la vie.

L'AFFECTATION DU CAPITAL DANS UN CONTRAT DE PRÉVOYANCE OBSÈQUES

Cet intérêt à informer directement ses proches de la souscription d'un contrat est essentiel en cas de souscription d'un contrat obsèques, comme je l'ai indiqué dans un précédent rapport. Encore faut-il que ces contrats soient souscrits en connaissance de cause. Or, l'appellation « contrats de prévoyance obsèques » recouvre deux types de contrats d'assurance vie-décès : des contrats en prestations (régis par la loi dite SUEUR du 9 décembre 2004 codifiée aux articles L 2223-35-1 du Code général des collectivités territoriales) et des contrats en capital.

Parfois mal informés et induits en erreur par cette dénomination, les souscripteurs ont des difficultés à appréhender les garanties liées à ces contrats et particulièrement le fait que, à la différence des contrats en prestations, les contrats en capital ne garantissent pas que ce dernier sera versé à un opérateur funéraire et n'ont donc pas nécessairement de lien avec le financement des obsèques.

Ainsi, ai-je été à plusieurs reprises saisi par des personnes qui, après s'être personnellement acquittées des frais d'obsèques d'un parent, reprochent au bénéficiaire désigné d'une convention obsèques de ne pas avoir affecté le capital perçu au règlement des frais funéraires.

Après examen des éléments communiqués dans ces litiges, j'ai la plupart du temps

constaté que le contrat souscrit prévoyait simplement le versement du capital constitué. Dans ces conditions, je n'ai pu que rappeler aux réclamants qu'en l'absence de mention en ce sens dans le contrat, le bénéficiaire n'a aucune obligation d'affecter le capital au règlement des obsèques de l'assuré. En effet, la loi française prévoit que le bénéficiaire, s'il n'est pas une entreprise de pompes funèbres désignée, est libre d'utiliser le capital comme bon lui semble.

Ces explications sont difficilement accueillies par les requérants qui avancent que la volonté du preneur d'assurance, qui s'imaginait par cette souscription protéger son entourage en prévoyant de son vivant le financement de ses obsèques, n'a pas été respectée.

Dans un objectif de meilleure information et de transparence lors de la commercialisation de ces contrats, l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) a adopté le 15 juin 2011 une Recommandation visant à attirer l'attention des souscripteurs sur divers points tels que : - le capital peut être utilisé à la convenance du ou des bénéficiaires et donc à des fins étrangères au financement des obsèques ; - le capital peut être insuffisant pour couvrir les frais d'obsèques ; - l'importance attachée à la rédaction de la clause bénéficiaire ou encore à l'âge et/ou la date de survenance du risque assuré qui peuvent conditionner la mise en jeu des garanties.

J'invite à nouveau les sociétés d'assurances, lors de la souscription de ce type d'assurance, à attirer l'attention des souscripteurs sur l'affectation du capital constitué et à veiller à ce que la rédaction du contrat soit conforme à leur volonté. Aussi, je me réjouis du nouvel engagement à caractère déontologique qui a été adopté par l'Assemblée générale de la FFSA le 26 juin 2012 sur les contrats obsèques et qui montre une avancée en ce sens.

LES LIMITES CONTRACTUELLES DES GARANTIES

Les assurances construction ne sont certes pas les seuls exemples qui auraient pu être choisis pour illustrer ces propos mais, j'ai constaté cette année une augmentation du nombre des litiges relatifs à la mise en cause de la responsabilité décennale du constructeur ou de l'entrepreneur.

En cas de désordres constatés dans la construction, très souvent le maître d'ouvrage en impute la responsabilité à son entrepreneur et sollicite alors la mise en œuvre de l'assurance de responsabilité de ce dernier. De son côté, l'assureur de l'entrepreneur refuse d'intervenir au motif que l'activité à l'origine du sinistre n'est pas celle pour laquelle le contrat d'assurance a été souscrit. Mon intervention est alors sollicitée. Dans un dossier où le réclamant, qui avait passé commande pour la réparation d'une

toiture, s'est vu refuser la garantie au motif que les désordres étaient dus à des travaux de charpente, il est apparu que le contrat souscrit par l'entreprise de couverture ne garantissait pas cette activité particulière. Il convenait alors au médiateur de déterminer si la garantie de l'assureur était ou non étendue à la responsabilité décennale encourue par son assuré au-delà de l'activité déclarée au contrat.

Dans ce cas et de nombreux similaires, je dois constater que les décisions de refus émanant des assureurs sont fondées en droit en rappelant un arrêt de principe de la Cour de cassation de 1997 qui décide que « si le contrat d'assurance de responsabilité obligatoire que doit souscrire tout constructeur ne peut comporter des clauses et exclusions autres que celles prévues par l'annexe I de l'article A 243-1 du Code des assurances, la garantie de l'assureur ne concerne que le secteur d'activité professionnelle déclaré par le constructeur ». La Cour suprême s'en est expliquée dans son rapport annuel pour la même année, dans lequel elle souligne que la « déclaration d'activité est un élément fondamental qui permet à l'assureur de mesurer exactement le risque qu'il couvre et l'étendue de sa garantie. L'équilibre même des contrats, comme le principe de leur exécution de bonne foi, ne permet pas d'imposer à l'assureur des garanties qui n'entraient pas dans le champ de ses engagements. Il importe donc dans un souci de protection des maîtres de l'ouvrage, que les attestations d'assurance délivrées par les assureurs précisent exactement l'activité déclarée par leur assuré ».

En exerçant une activité autre que celle déclarée, le constructeur se met en dehors des prévisions du contrat et, sur ce point, j'invite à la vigilance tant les assureurs que les professionnels de la construction concernés.

Les litiges liés à la crise économique

J'aurais pu sur ce sujet, hélas persistant, reprendre les thèmes développés dans mes rapports pour les années 2009 et 2010. J'y renvoie donc le lecteur et me limite ici à évoquer un point particulièrement sensible cette année, celui des résiliations de contrats à l'initiative de l'assureur.

La conjoncture économique et les renforcements, acquis et programmés, des règles relatives à la solvabilité des entreprises ont d'évidence conduit les assureurs à faire preuve de toujours plus de rigueur dans la gestion de leurs risques. L'intégration des nouvelles normes de solvabilité qui mettent en avant la nécessaire adéquation entre le risque et son coût influe aussi sur l'équilibre des portefeuilles de contrats existants. Ainsi ai-je eu à connaître d'une augmentation sensible du nombre de réclamations, plus particulièrement dans le domaine des assurances de dommages automobile et

multirisques habitation, portant sur la résiliation de contrats à l'initiative de l'assureur à la suite de la survenance de plusieurs sinistres consécutifs.

Les assurés, notamment ceux qui ne sont pas responsables de ces sinistres, ne comprennent pas l'attitude de leur assureur qui met un terme, souvent sans égards, à une relation qui existait parfois depuis très longtemps. La surprise laisse généralement place à la colère quand les assurés dont le contrat est résilié s'aperçoivent qu'il leur sera difficile de trouver un nouvel assureur ou qu'il leur faudra acquitter une surprime importante. Lorsque la résiliation intervient à la suite d'un sinistre, les requérants ont de surcroît le sentiment d'être abandonnés au moment où ils attendent le plus de soutien de leur assureur.

L'intervention du médiateur est exclue dans un litige dont le seul objet est la décision juridiquement justifiée de résilier le contrat. Tout assureur a, comme tout assuré, la liberté de résilier un contrat en cours dès lors que sont respectées les conditions et formalités d'exercice du droit de résiliation prescrites par le législateur et convenues par les parties au contrat.

Quand bien même les résiliations sont économiquement nécessaires et respectent le formalisme du Code des assurances, on ne peut que regretter la brutalité de certaines pratiques d'annonce qui viennent occulter la qualité du lien qui s'était tissé au fil du temps entre les parties. J'invite les assureurs à faire preuve de discernement, à prendre en considération les relations particulières qu'ils ont pu créer et entretenir avec leurs clients ainsi qu'à veiller, en conséquence, à la qualité et à la formulation de leurs courriers de résiliation.

La résurgence de litiges qui avaient disparus

S'il est un domaine où l'on peut regretter la résurgence de conflits, c'est bien celui où des conventions professionnelles ont été réfléchies, élaborées et mises en œuvre pour mettre fin à des querelles stériles, coûteuses et préjudiciables tout à la fois aux assurés et à l'image de l'assurance.

Depuis des décennies, les conventions entre assureurs pour le règlement des sinistres de particuliers dans le domaine de l'automobile et de l'habitation fonctionnent à la satisfaction générale. En matière de dégâts des eaux, complexe en raison de la multiplicité des assureurs concernés par un même sinistre, la profession de l'assurance a mis en place par conventions des procédures de règlement afin de simplifier et accélérer l'indemnisation des assurés. Ces conventions ont fait disparaître pratiquement les contestations. Aussi, grande est la surprise et la déception de constater que je suis appelé à intervenir dans le cadre du règlement de sinistres dégâts des eaux alors que les conventions dénommées CIDRE et CIDE-COP, en

vigueur depuis une dizaine d'années, sont mises à jour régulièrement.

En effet, depuis peu, je vois apparaître des demandes de victimes qui restent sans nouvelles de leur dossier pendant des délais inacceptables ou, comme pendant une période que l'on croyait résolue, se trouvent dans l'impasse du fait que les assureurs concernés se renvoient sans cesse la responsabilité et laissent pourrir la situation. Je suis alors sollicité afin que soit enfin désigné l'assureur qui devra prendre en charge le sinistre.

L'application des conventions par les assureurs permet, dans la limite de plafonds, de simplifier la gestion des recours, soit en supprimant purement et simplement le recours entre assureurs, soit en déterminant l'assureur auprès duquel le recours doit être exercé. Par ailleurs, il existe des procédures garantissant l'application de ces conventions. Ainsi, afin de garantir leur stricte application entre les sociétés, elles prévoient les modalités de remboursement des assureurs entre eux en cas de cumul d'assurances. Il est également prévu le recours à une commission d'arbitrage spécifique pour les litiges entre les sociétés en cas d'échec de la procédure « d'escalade » par laquelle un accord amiable doit être recherché entre les dirigeants des sociétés d'assurances.

On peut regretter que lors de l'élaboration de ces conventions, il n'ait pas été jugé opportun de mettre en place un principe selon lequel l'assureur devant prendre en charge le sinistre a l'obligation de le faire dans un délai imparti. Quoi qu'il en soit, alors que la mise en place des conventions inter-sociétés doit permettre à la victime d'avoir un interlocuteur unique et de bénéficier d'un règlement rapide, il est regrettable de constater que certaines sociétés rechignent à appliquer correctement les règles strictes des conventions auxquelles elles ont librement choisi d'adhérer. On ne peut qu'espérer un retour rapide au respect de bonne foi, par toutes les parties prenantes, des règles édictées par les conventions en cause.

Les sanctions des comportements

LES COMPORTEMENTS DILATOIRES

Qu'une entreprise d'assurance sur la vie ne s'exécute pas promptement, et assurés ou bénéficiaires ne manquent pas de dénoncer sa passivité, sa négligence, jusqu'à la soupçonner de manœuvres dilatoires destinées à conserver les sommes dues le plus longtemps possible dans ses comptes.

Il est vrai que le médiateur a eu à connaître, à plusieurs reprises, d'atermoiements injustifiés voire abusifs de la part d'assureurs, tels que des demandes successives de justificatifs inutiles ou redondantes. L'irritation atteint son paroxysme et nourrit le soupçon de mauvaise foi quand les demandes ou les réponses émanent de

personnes différentes d'un même service, ce qui se traduit - au mieux par de banales lettres d'attente « *nous avons repris l'étude de votre dossier* » ou par de traditionnelles excuses « *nous vous prions de bien vouloir excuser le retard...* » -, au pire par des réponses contradictoires ou incohérentes. Nombreux sont en effet les requérants qui s'insurgent devant la pléthore et la diversité de leurs interlocuteurs, téléphoniques et épistolaires. Cette pluralité d'intervenants provoque la suspicion et force est d'admettre que, pour un assuré ou un bénéficiaire, l'absence d'un interlocuteur suffisamment stable est exaspérante et de nature à mettre en doute l'honnêteté des organismes d'assurance. Toujours est-il que ces comportements allongent les délais de paiement, jusqu'à parfois les retarder au-delà des délais légaux.

Le législateur s'est préoccupé à plusieurs reprises d'imposer des délais de paiement aux entreprises d'assurance sur la vie, son objectif étant de vaincre l'inertie et d'inciter à la célérité.

Le moyen employé a consisté dans l'attribution, passé un délai déterminé, d'intérêts dont le taux est fonction de celui de l'intérêt légal et croît avec la durée du retard. A vrai dire, ce dispositif, qui se veut dissuasif, a singulièrement perdu de son efficacité si l'on note que le taux d'intérêt légal qui était, par exemple, de 3,79 % en 2009, n'était que de 0,38 % en 2011.

Ce dispositif a fait son apparition à propos de la faculté de renonciation ouverte au souscripteur d'une assurance sur la vie par la loi du 11 juin 1985. Ainsi, l'article L 132-5-1 du Code des assurances dans sa rédaction actuelle dispose-t-il : « La renonciation entraîne la restitution par l'entreprise d'assurance ou de capitalisation de l'intégralité des sommes versées par le contractant, dans le délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal (...) ».

Une mesure semblable a été adoptée à propos du paiement de la valeur de rachat. Inscrite à l'article L 132-21 du même Code, elle dispose que « l'entreprise d'assurance ou de capitalisation doit, à la demande du contractant, verser à celui-ci la valeur de rachat du contrat dans un délai qui ne peut excéder deux mois. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal ».

Enfin, la loi du 17 décembre 2007 a enrichi le Code des assurances d'un article L 132-23-1 relatif aux paiements en cas de décès ou au terme du contrat, calqué sur les textes précédents, aux termes duquel : « Après le décès de l'assuré ou au terme

prévu par le contrat et à compter de la réception des pièces nécessaires au paiement, l'entreprise d'assurance verse, dans un délai qui ne peut excéder un mois, le capital ou la rente garantis au bénéficiaire du contrat d'assurance sur la vie. Au-delà de ce délai, le capital non versé produit de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal ».

Cependant, ces dispositions qui déterminent les délais d'attribution ainsi que les taux d'intérêts moratoires, s'imposent aussi bien aux entreprises d'assurances qu'aux souscripteurs, aux assurés et aux bénéficiaires. Elles s'opposent par conséquent à toutes demandes exorbitantes de la part de ces derniers.

C'est ainsi par exemple que, en cas de renonciation, n'est pas fondée la demande formulée par le souscripteur de paiement d'intérêts depuis la souscription du contrat puisque, l'article L 132-5-1 ne prévoit le paiement d'intérêts qu'à l'expiration du délai des 30 jours qui suivent la réception de la lettre recommandée de renonciation. Le texte a pour seule fonction de sanctionner le retard mis par la société d'assurances dans la restitution des sommes dues, du fait de l'exercice de la faculté de renonciation par le souscripteur ; il n'envisage pas l'allocation d'intérêts « rétroactifs » qui courraient depuis la souscription du contrat dénoncé. Ce n'est, en effet, qu'à compter de la manifestation formelle de la rétractation que des intérêts sont susceptibles d'être alloués, dans l'hypothèse d'un retard d'exécution.

On notera à ce propos que la Cour de cassation, dans un arrêt du 8 mars 2006, a estimé que le défaut de remise des documents exigés par la réglementation est sanctionné, non pas par la nullité du contrat, mais par la prorogation du délai légal de rétractation. Cette règle a été réaffirmée à plusieurs reprises et notamment dans une décision du 21 décembre 2007 dans laquelle la Cour de cassation a censuré une Cour d'appel qui avait admis la nullité du contrat, pour violation de l'article L 132-5-1. On voit par là que cet article prévoit seulement la prorogation du délai de renonciation quand le souscripteur n'a pas été mis en possession des documents exigés par la réglementation, et non pas l'attribution des intérêts prévus par les textes en cas de retard d'exécution.

On doit sur ce sujet rappeler, comme l'a déjà fait l'ACP, que la question de l'allocation d'intérêts entre la date du décès de l'assuré et le versement du capital est visée spécifiquement par la loi n°2007-1775 du 17 décembre 2007, applicable au 18 décembre 2008, qui indique que les contrats doivent préciser les conditions dans lesquelles, en cas de décès, la revalorisation du capital garanti intervient à compter au plus tard du premier anniversaire de décès de l'assuré jusqu'à réception des pièces nécessaires au paiement. En l'absence de stipulations contractuelles claires et

précises sur le terme de la revalorisation, le médiateur estime qu'il faut s'en référer à la loi et fixer ce terme au jour de la réunion des pièces nécessaires au paiement.

La question s'est aussi posée de savoir si les intérêts moratoires courent quand le retard de paiement résulte d'un conflit d'attribution bénéficiaire dénoncé à l'assureur. Informée, généralement par le notaire chargé de la succession, d'une contestation émise par un ou plusieurs successibles, la société d'assurances bloque le paiement jusqu'à ce qu'il y soit mis un terme amiablement ou judiciairement. Sa décision est évidemment dictée par la prudence. Le motif est certes légitime mais, a-t-on pu objecter, l'article L 132-23-1 n'envisage pas que l'assureur puisse être exonéré du paiement des intérêts majorés pour un « motif légitime ».

Il est cependant clair que, même si le texte ne fait pas explicitement référence à un motif légitime, une opposition - fût-elle verbale, voire téméraire - constitue un obstacle au paiement jusqu'à ce qu'il soit levé. Dans les faits, il importe qu'afin de se mettre à l'abri de ce genre de revendication la société d'assurances exige, dès l'alerte donnée par le notaire, que les contestataires officialisent immédiatement leur opposition conformément à l'article 1242 du Code civil.

LA LOYAUTÉ DU DÉMARCHAGE

Le Code de la consommation prévoit des dispositions d'ordre général pour encadrer le démarchage et le Code des assurances prévoit des dispositions spécifiques qui prévalent en matière de produits d'assurance.

La transposition de la Directive européenne relative aux pratiques commerciales déloyales par l'article 39 de la loi du 3 janvier 2008, a posé le principe d'une interdiction générale de ces pratiques commerciales des professionnels à l'égard des consommateurs et s'attache tout particulièrement à protéger les consommateurs contre des pratiques commerciales trompeuses ou agressives.

Cette loi a introduit l'article L 112-9 dans le Code des assurances qui a pour objet de réglementer le démarchage des produits d'assurance non vie à l'exclusion des contrats d'assurance de voyage ou de bagage et des contrats d'assurance d'une durée maximum d'un mois. Cet article offre, notamment, la faculté aux consommateurs de renoncer au contrat souscrit dans un délai de 14 jours calendaires à compter de la conclusion du contrat.

En matière d'assurance sur la vie, l'article L 132-5-1 du Code des assurances prévoit un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter du jour où le souscripteur est informé de la conclusion du contrat.

Aussi, dans les dossiers qui me sont soumis, j'invite les consommateurs à faire valoir

leurs droits. Ils peuvent saisir la juridiction compétente s'ils estiment que le démarcheur a usé de techniques frauduleuses. En outre et bien évidemment, je recommande de ne jamais communiquer d'informations bancaires, notamment par téléphone ou par e-mail, dès lors qu'il n'y a aucune volonté de souscrire au contrat proposé par le démarcheur.

Devant ces pratiques de quelques uns, préjudiciables à l'ensemble des parties prenantes, il est impératif que les professionnels assureurs et intermédiaires d'assurances soient particulièrement vigilants pour prévenir et éventuellement corriger ces dérives.

LA SANCTION PÉNALE DES COMPORTEMENTS

Le droit pénal n'est pas absent des litiges portés à la connaissance du médiateur, l'assuré, l'assureur, les intermédiaires et le médiateur lui-même, pouvant être victimes d'une infraction.

L'assuré victime d'infractions

La qualification de l'infraction pénale est souvent l'objet du litige. En cas de déclaration de vol d'automobile par exemple, je suis appelé à me prononcer sur les frontières entre le vol, l'abus de confiance et l'escroquerie, les garanties étant différentes d'un contrat à l'autre.

▣ Le vol est défini par l'article 311-1 du Code pénal comme la soustraction frauduleuse de la chose d'autrui. Il est puni de trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende. Cette infraction suppose un rapt frauduleux de la chose, c'est-à-dire que l'objet passe de la possession du légitime détenteur à celle de l'auteur du vol contre la volonté du premier.

▣ L'abus de confiance est défini par l'article 314-1 du Code pénal comme « le fait par une personne de détourner, au préjudice d'autrui, des fonds, des valeurs ou un bien quelconque qui lui ont été remis et qu'elle a acceptés à charge de les rendre, de les représenter ou d'en faire un usage déterminé ». Cette infraction est punie de trois ans d'emprisonnement et 375 000 euros d'amende. A la différence du vol, la chose est remise volontairement à l'auteur de l'infraction.

A l'occasion d'une vente, il est normal de faire essayer le véhicule au futur acquéreur. Dans un dossier de médiation, à la fin de l'essai, l'assuré est descendu du véhicule dont le moteur tournait encore, lorsque l'acquéreur potentiel a redémarré. L'assureur a refusé sa garantie en faisant valoir qu'elle est exclue lorsque le véhicule est dérobé

alors que la clé est sur le contact. Toutefois, les conditions générales du contrat d'assurance prévoyaient que la garantie joue en cas de « détournement par abus de confiance (impossibilité d'obtenir la restitution du véhicule, suite à un prêt ou à la remise de celui-ci à un tiers, à titre provisoire pour un usage déterminé) ». Le véhicule ayant été remis volontairement à l'auteur de l'infraction à charge pour lui de le restituer à la fin de l'essai, les faits étaient constitutifs d'un abus de confiance et j'ai donc invité la société d'assurances à accorder sa garantie.

▣ L'escroquerie est définie par l'article 313-1 du Code pénal comme « le fait, soit par l'usage d'un faux nom ou d'une fausse qualité, soit par l'abus d'une qualité vraie, soit par l'emploi de manœuvres frauduleuses, de tromper une personne physique ou morale et de la déterminer ainsi, à son préjudice ou au préjudice d'un tiers, à remettre des fonds, des valeurs ou un bien quelconque, à fournir un service ou à consentir un acte opérant obligation ou décharge ». Elle est punie de cinq ans d'emprisonnement et 375 000 euros d'amende.

L'élément matériel de cette infraction suppose donc la réunion de trois conditions : l'existence d'une chose remise ; au préjudice de la victime ; du fait d'un acte de tromperie.

La Cour de cassation considère que le simple mensonge ne suffit pas à constituer des manœuvres qui doivent être des actes positifs.

Dans un dossier où l'assuré avait vendu son véhicule à un tiers, l'établissement bancaire avait par la suite informé le vendeur que le chèque remis en paiement était un chèque volé, maquillé en faux chèque de banque. L'assuré a déposé plainte pour escroquerie et demandé à bénéficier de la garantie vol de son contrat d'assurance qui couvrait la « disparition ou détérioration du véhicule assuré (...) résultant du vol ou tentative de vol commis par : (...) détournement du véhicule à la suite d'un abus de confiance ».

Dans la mesure où le véhicule avait été remis volontairement à l'acquéreur, la qualification de vol n'a pu être retenue. De même, le véhicule ayant été remis au titre d'un contrat de vente et non à charge de le restituer ou d'en faire un usage déterminé, les faits n'étaient pas constitutifs d'un abus de confiance. Le sinistre n'entrait donc pas dans le champ de la garantie « vol par détournement du véhicule à la suite d'un abus de confiance » mais dans celui de l'escroquerie. C'est ce qu'a retenu le médiateur. Mais, les conditions générales du contrat ne prévoyant pas le cas d'escroquerie, la garantie vol ne pouvait être mise en œuvre.

L'assuré peut aussi être victime d'un abus de faiblesse. Ces sujets sont particulièrement délicats et l'on est parfois à la frontière du droit pénal.

L'article 223-15-2 du Code pénal incrimine « l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse soit d'un mineur, soit d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience

physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur, soit d'une personne en état de sujétion psychologique ou physique résultant de l'exercice de pressions graves ou réitérées ou de techniques propres à altérer son jugement, pour conduire ce mineur ou cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables». Cette infraction est punie de trois ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende.

Malgré les recommandations de la profession et la vigilance accrue des entreprises, des dossiers, concernant souvent des personnes très âgées, me sont encore soumis pour lesquels l'absence de scrupules et les conditions douteuses de la souscription m'incitent à de fermes rappels à l'éthique, mais aussi au droit.

Les sociétés d'assurances victimes d'infractions

Les litiges dont j'ai à connaître peuvent révéler des comportements constitutifs d'infractions pénales, que ce soit lors de la déclaration du sinistre ou pendant la phase de réclamation.

En matière de déclaration frauduleuse de sinistre, le problème majeur réside dans la preuve. Lorsque celle-ci est rapportée par l'assureur, le comportement va être sanctionné civilement par la clause de déchéance et, s'il constitue une escroquerie, pourront s'ajouter des sanctions pénales. Il ressort des dossiers qu'il y a plus de fraudes soupçonnées que de fraudes avérées. Le médiateur ne peut pas se prononcer sur la fraude si elle n'a pas été démontrée par l'assureur.

Dans un dossier, un assuré avait déclaré le vol de son bateau. A l'appui de sa demande, il avait fourni des attestations de proches, une facture manuscrite, des photographies ainsi qu'une carte de circulation du bateau. Cependant, la date inscrite sur cette dernière était postérieure au vol. De plus, les photographies ne mentionnaient ni le nom, ni le numéro d'immatriculation du bateau. L'assureur a considéré que les attestations n'étaient pas valables et que l'assuré ne rapportait pas la preuve qu'il était le propriétaire du bien dérobé. Il a donc refusé sa garantie. Ayant constaté que la société d'assurances ne contestait pas la matérialité du vol, ne rapportait pas la preuve que l'assuré n'était pas le légitime détenteur du bateau avant le vol et n'avait pas déposé de plainte pour tentative d'escroquerie, j'ai estimé que si toutes les conditions de forme étaient remplies, la garantie était due.

De même, il y aura un soupçon de fraude, voire une fraude, lorsque l'assuré déclare le vol de certains biens et que, quelques mois plus tard, il déclare à nouveau le même sinistre. Ce problème se traduit là encore par une difficulté de preuve du dommage. Un assuré avait déposé plainte pour vol en réunion sous la menace d'une arme suite au vol des biens dans son appartement, puis demandé le bénéfice de la garantie vol

de son assurance multirisque habitation. Les conditions générales précisait qu'il appartenait à l'assuré de rapporter la preuve de l'existence et de la valeur des biens. La société d'assurances a rejeté la demande d'indemnité pour les objets non justifiés par des factures d'achat. L'assuré considérait quant à lui que la preuve pouvait être rapportée par tout moyen, notamment à l'aide des photographies fournies. Le médiateur a retenu que la photographie de l'assuré portant un vêtement ne permettait d'établir ni que celui-ci lui appartenait, ni sa valeur. La photographie ne constitue pas une preuve en elle-même, mais un commencement de preuve, qui doit être corroboré par d'autres éléments. Le fait que, cinq mois auparavant, l'assuré ait déclaré un vol dans les mêmes circonstances a joué un rôle certain dans l'appréciation de ce commencement de preuve. J'ai considéré qu'en l'état du dossier, la société d'assurances était en droit de considérer que les photographies produites n'étaient pas une preuve suffisante pour ouvrir droit à réparation.

A côté de la sanction civile de la déclaration frauduleuse, des sanctions pénales sont prévues par l'article 313-1 du Code pénal qui incrimine l'escroquerie. L'escroquerie à l'assurance n'étant qu'une déclinaison de cette infraction, elle doit remplir les conditions précédemment évoquées. L'élément matériel renvoie ici au versement d'une indemnité induue par l'assureur.

La tentative d'escroquerie étant punissable comme l'escroquerie elle-même (article 313-3 du Code pénal), le fait que le versement de l'indemnité n'ait pas été obtenu ne fait pas obstacle à l'engagement de la responsabilité pénale de l'auteur. L'assuré doit avoir réalisé un acte tendant directement et immédiatement au versement de l'indemnité. Ce commencement d'exécution, condition essentielle posée par l'article 121-5 du Code pénal, peut notamment se matérialiser par la déclaration de sinistre accompagnée d'un faux document.

L'article 441-1 du Code pénal définit le faux comme « toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques ». Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

A cet égard, certains documents fournis au médiateur soulèvent des interrogations. Il en va ainsi du courrier adressé à l'assuré pour lui reconnaître un avantage, sans que figure l'entête de la société d'assurances. Déclaré comme faux par cette dernière, il lui appartient alors de saisir les juridictions pénales, ce qu'elle fait rarement.

Ces dossiers sont particulièrement délicats. J'attire donc à nouveau l'attention sur la nécessité pour les entreprises d'assurances qui s'estiment victimes ou soupçonnent un cas de fraude d'aller au bout du raisonnement en portant l'affaire devant les autorités judiciaires compétentes. Même pour ne pas risquer de payer un fraudeur, elles

ne peuvent se contenter de refuser leur garantie en laissant au médiateur le soin de trancher sans même lui fournir d'éléments probants.

L'alternative est claire : soit il y a fraude avérée, dépôt de plainte, et le refus de garantie est justifié, soit la preuve manque et les soupçons sont insuffisants à justifier ce refus. Dans ce dernier cas, je peux être contraint de rendre - du fait de l'incohérence de l'attitude de l'assureur - un avis favorable à un éventuel fraudeur, ce que nul ne souhaite.

Le médiateur victime d'infractions

Diffamation et injures lors du traitement des réclamations, le médiateur en est lui aussi parfois victime.

En raison du contexte conflictuel dans lequel j'interviens, les propos tenus par certains requérants à l'encontre de l'assureur ou à mon égard se radicalisent. Parfois violents, ils se situent à la frontière du champ pénal. Ces agissements sont susceptibles de revêtir plusieurs qualifications.

Certains peuvent ainsi être constitutifs d'une contravention de première classe s'ils prennent la forme d'une diffamation ou d'une injure non publique. L'article R621-1 du Code pénal incrimine la diffamation non publique envers une personne. La notion de diffamation est précisée par l'article 29 de la loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse qui la définit comme « toute allégation ou imputation d'un fait qui porte atteinte à l'honneur ou à la considération de la personne ou du corps auquel le fait est imputé ».

Par ailleurs, l'article R621-2 du Code pénal dispose que « l'injure non publique envers une personne, lorsqu'elle n'a pas été précédée de provocation, est punie de l'amende prévue pour les contraventions de la 1^{ère} classe ». L'article 29 de la loi du 29 juillet 1881 quant à lui, définit l'injure comme « toute expression outrageante, terme de mépris ou invective qui ne renferme l'imputation d'aucun fait ».

A la différence de la diffamation, l'injure suppose que le propos portant atteinte à l'honneur de la personne ait une portée générale, qu'il ne repose pas sur un fait précis.

L'assuré déclarant au médiateur qu'il a dû se défendre « *contre un courtier qui a grossièrement abusé de [sa] confiance* », qu'il a dû « *réfuter tous les mensonges inventés par [la société d'assurances] pour couvrir ce sinistre personnage* » et qu'il est « *profondément choqué par la malveillance flagrante d'un « Service Déontologie », sensé garantir la déontologie de la compagnie, mais qui se fait totalement complice des actes illégaux au sein de cette même entreprise* » tient un discours portant atteinte à la considération des personnes visées.

Parfois, c'est le médiateur lui-même qui fait l'objet de propos diffamatoires. Un assuré lui a ainsi écrit : « *la gravité de vos actes qui méritent de vous traduire en Correctionnelle, car en effet vos mensonges honteux et indignes ne peuvent que pénaliser une des*

parties et favoriser l'autre». Le médiateur aurait manifesté une «*nauséabonde puissance* » ou encore, fait subir «*un traitement de torture morale et psychologique (...) de façon outrageante* » et fait preuve d'une «*arrogance insupportable*».

Ces propos peu amènes à mon égard ayant été diffusés par plusieurs courriers adressés à des tiers, ils relèvent des textes sanctionnant la diffamation et l'injure non publique.

Certains dossiers qui me sont soumis mettent en évidence des agissements qui se rapprochent parfois des menaces (article 222-17 du Code pénal) voire sont constitutifs de violences (articles 222-13 et R 625-1 du Code pénal).

Ainsi, dans un litige, l'assuré avait menacé l'expert en lui indiquant qu'il «*l'attendait avec un fusil*». La réitération ou la matérialisation par un écrit, une image ou un objet de ces propos ferait encourir à son auteur une peine de trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende. De même, certains propos provoquant un choc ou un trouble psychologique chez le destinataire peuvent être pénalement sanctionnés sous la qualification de violences.

Les propos outrageants qui sont tenus à titre confidentiel, à défaut de constituer une diffamation ou une injure, pourraient donc également être sanctionnés pénalement. ●



Un Index pour la médiation

Depuis l'année 2006, à travers cet « Index », le rapport permet de rappeler ou simplement de citer des règles et principes fondamentaux, dont l'ignorance ou l'oubli est souvent à l'origine des litiges soumis au médiateur. La liste des points traités s'allonge régulièrement, preuve de la richesse de la matière, mais aussi des efforts restant à fournir pour prévenir les conflits.

La transférabilité des contrats de retraite

Dans quelles conditions un salarié peut-il obtenir le transfert de son compte-retraite d'un organisme d'assurance à un autre ? Des exemples récents de médiation révèlent certaines réticences de quelques organismes à satisfaire de telles demandes. Il faut admettre, à leur décharge, que l'opération n'est pas simple.

Selon l'article L 132-23 du Code des assurances « les droits individuels résultant des contrats d'assurances de groupe en cas de vie dont les prestations sont liées à la cessation d'activité professionnelle (...) sont transférables, dans des conditions fixées par décret ».

« Le transfert des droits individuels des contrats collectifs de retraite est un droit ».

L'article D 132-7 du même Code (décret du 31 octobre 2006) dispose que « le transfert des droits individuels en cours de constitution est de droit (...) » et précise notamment le contenu de la clause obligatoire de « transférabilité » ainsi que les délais de notification et de transfert des droits individuels. Reste à savoir ce qu'il faut entendre par droits « en cours de constitution ». On a pu prétendre que les droits de l'adhérent ne sont plus en cours de constitution à partir du moment où il a quitté l'employeur souscripteur. Cette interprétation ne semble pas exacte, les droits individuels de l'adhérent demeurent en cours de constitution malgré l'absence de cotisation. Le salarié peut en effet conserver son compte auprès de l'assureur de son ancien employeur, ce compte continuant à se capitaliser jusqu'à la liquidation. Ainsi est-il évident que les droits individuels de l'adhérent demeurent « en cours de constitution » jusqu'à transformation du capital constitutif en rente viagère, de sorte que jusqu'à ce terme le transfert est de droit.

De l'assurance de groupe à l'assurance individuelle

On sait que l'appartenance au groupe qui fait l'objet de la convention d'assurance collective est la condition nécessaire pour pouvoir bénéficier de ses garanties. Que, pour une raison ou pour une autre, l'adhérent ne fasse plus partie de ce groupe, qu'il ne remplisse plus les conditions ou les qualités, et il ne lui est plus possible de revendiquer la qualité d'assuré.

Ainsi, quand le lien qui unissait le souscripteur et l'adhérent se trouve rompu, ce dernier ne fait plus partie du groupe des assurables et il doit par conséquent être considéré comme étant sorti du champ d'application du contrat, tant en ce qui concerne ses droits que ses obligations. Admettre qu'un groupe puisse être à géométrie variable est contraire au principe qui fonde l'assurance collective, selon lequel les adhérents sont unis au souscripteur par des liens de même nature.

C'est pourtant ce que tentait de démontrer un assureur pour justifier la continuation du paiement des cotisations en avançant que, si un changement de statut professionnel est de nature à entraîner la cessation automatique des garanties du contrat, rien ne s'oppose à ce que, plus ou moins tacitement, certaines garanties soient maintenues.

Certes, cette hypothèse de continuation aurait pu se réaliser, en droit, mais seulement par le biais d'un contrat individuel. Ceci aurait exigé, outre l'accord exprès de l'assureur et de l'assuré, l'émission d'une nouvelle police et le respect des règles propres aux souscriptions d'assurance sur la vie à titre individuel.

Le bénéfice d'une assurance collective implique l'appartenance au groupe assuré objet du contrat.

Taux garanti et prorogation du contrat

Un nombre significatif de litiges en assurance vie a trait à la modification du taux minimum garanti (TMG), dit aussi taux technique. Faute d'avoir donné leur consentement, les requérants reprochent à l'assureur d'avoir effectué une « modification unilatérale » de leur contrat et estiment être en droit de demander le bénéfice du TMG initial pendant toute la durée de leur contrat.

Le TMG, qui jusqu'au 1^{er} juillet 1993 était fixé par les Pouvoirs publics au maximum de 4,5 %, a depuis fait l'objet de diverses modifications réglementaires. Un arrêté du 28 mars 1995 devenu l'article A 132-1 du Code des assurances a ainsi institué un nouveau régime des taux de rendement garantis entraînant pour certains contrats une revue à la baisse. Désormais, pour les contrats en euros à prime unique ou à versements libres, au-delà d'une durée de huit ans, le taux est limité au plus bas des taux suivants : 3,5 % ou 60 % du taux moyen des emprunts de l'Etat (TME). Et le dernier alinéa de cet article précise que « dans le cas de versements non programmés aux termes du contrat, ces règles sont à apprécier au moment de chaque versement ». Les Pouvoirs publics ayant souverainement décidé de modifier les paramètres de rémunération des contrats d'assurance sur la vie, les dispositions réglementaires susvisées s'imposent tant aux sociétés d'assurances qu'aux souscripteurs. En conséquence, les assureurs sont contraints de modifier le taux initialement prévu par le contrat, ce que les plaignants ont du mal à comprendre.

Il est dès lors important d'expliquer aux requérants dont les prétentions ne sont pas fondées, de quelle manière cette modification du contrat s'est opérée selon qu'ils ont souscrit un contrat individuel ou adhéré à un contrat collectif.

S'agissant d'un contrat d'assurance individuel, selon le droit commun des contrats, une modification unilatérale est dépourvue d'effet. Cependant, lorsque le contrat initialement souscrit, a été chaque année tacitement reconduit, une jurisprudence

Prorogation

Maintien d'un droit ou d'une situation après la date à laquelle il/elle devait cesser. Proroger un contrat conduit à repousser le terme du contrat initial sans en modifier les conditions, sauf accord des parties.

constante de la Cour de cassation considère que, la tacite reconduction n'entraînant pas la prorogation du contrat primitif, elle a donné naissance à un nouveau contrat. Cette règle juridique a notamment pour conséquence l'application au contrat en cause des nouvelles réglementations qui interviennent pendant le cours du contrat. Dans le cas présent : l'application du nouveau taux minimum garanti.

S'agissant d'un contrat collectif d'assurance dans lequel la relation est tripartite : assureur, souscripteur, adhérent, l'article L 141-4 du Code des assurances déroge au droit commun en faisant seulement obligation au souscripteur du contrat « d'informer par écrit les adhérents des modifications apportées à leurs droits et obligations, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur ». Les modifications convenues entre le souscripteur du contrat et la société d'assurances s'imposent donc aux adhérents dès lors qu'ils en ont été informés dans les délais légaux.

Par ailleurs, on a pu relever une erreur de langage présente dans de nombreuses polices d'assurances individuelles qui, s'agissant de la durée du contrat, indiquent qu'à son terme, ce dernier sera « prorogé dans les mêmes conditions par tacite reconduction ».

D'évidence cette formulation induit en erreur les assurés qui affirment être dans leur droit en sollicitant le maintien du taux garanti initial.

Pour être cohérent et en conformité avec la jurisprudence, le terme à employer serait « prolongé » ou « reconduit » mais pas « prorogé », une prorogation ne produisant pas les mêmes effets qu'une tacite reconduction.

Dans un souci de clarification, j'invite les assureurs à préciser, dans les conditions générales ou lorsque le contrat arrive à son terme, les effets produits par la tacite reconduction qu'ils proposent.

La revalorisation des rentes

Compte tenu de l'augmentation du nombre de réclamations ayant pour objet la revalorisation des rentes, il est utile de rappeler le fonctionnement de ce mécanisme complexe strictement encadré par le législateur.

Prenant en compte la généralisation des clauses de participation aux bénéfices dans les contrats et afin de lutter contre l'inflation, les Pouvoirs publics ont décidé de supprimer les majorations légales pour les rentes souscrites à compter du 1^{er} janvier 1987.

Les sociétés d'assurances doivent s'engager à garantir un montant de rente calculé sur la base d'un taux de rémunération financière modéré, dit « taux d'intérêt technique » dont le plafond a été déterminé par le législateur. Dès l'origine, la rente est donc calculée sur la base d'un taux de revalorisation anticipé.

En outre, les sociétés d'assurances débitrices de rentes doivent établir un compte de participation aux résultats en y intégrant des éléments visés par la réglementation et dont le solde résulte de la somme des trois éléments suivants : un résultat technique, un solde de réassurance et un bénéfice financier diminué du montant des intérêts crédités aux provisions mathématiques. A cet égard, on relève que les assureurs doivent constituer des provisions mathématiques de plus en plus importantes afin de faire face à l'allongement de la durée de la vie humaine, entraînant de ce fait un déficit technique et donc une revalorisation d'autant plus restreinte.

S'agissant de la participation aux bénéfices, elle dépend du résultat des opérations de l'assureur qui, lui même, est fonction des fluctuations des différents placements qu'il a réalisés. L'attribution de la participation aux bénéfices n'a aucun caractère obligatoire et elle est accordée par catégorie de contrats sur décision souveraine des organes statutaires des sociétés d'assurances.

Devant la complexité de ces mécanismes, j'invite à nouveau les sociétés d'assurances à délivrer l'information la plus claire possible afin de limiter les cas d'incompréhension de la part de leurs assurés et par voie de conséquence, le nombre des litiges.

**2^{ème} alinéa de l'article
L 132-5 du Code
des assurances**

*« Le contrat précise
les conditions
d'affectation des
bénéfices techniques
et financiers ».*

L'application de l'article L 113-9 du Code des assurances

On sait que pour que l'assureur puisse évaluer correctement le risque qu'on lui propose de garantir et ainsi déterminer le montant de la cotisation, il est essentiel que l'assuré déclare correctement le risque, notamment en répondant exactement aux questions qui lui sont posées.

Il arrive que le candidat à l'assurance omette de déclarer certains événements. Cette omission va fausser l'appréciation du risque supporté par l'assureur, créant ainsi un déséquilibre. Si un tel constat peut être fait, il appartient à l'assureur de démontrer si l'omission ou la fausse déclaration présente ou non un caractère intentionnel.

Cette analyse est indispensable puisqu'elle permet de déterminer quelle disposition du Code des assurances doit être appliquée, de l'article L 113-8 qui annule le contrat en cas fausse déclaration intentionnelle, ou de la règle proportionnelle de l'article L 113-9, si l'omission ou la déclaration inexacte ne présente aucun aspect frauduleux, ou que celui-ci n'est pas établi.

Dans mes précédents rapports, j'ai été amené à rappeler les conditions de la mise en œuvre de l'article L 113-8 et les dérives qui peuvent découler d'une mauvaise appréciation des circonstances de la part de l'assureur. Je me réjouis de constater que les assureurs sont de moins en moins réticents à user des dispositions de l'article L 113-9

mais, je suis contraint de constater qu'il demeure des difficultés quant aux modalités de mise en œuvre de ce texte.

C'est ainsi qu'un assureur, suite à la survenance d'un sinistre, a, à tort, prononcé la nullité du contrat et remboursé les cotisations versées depuis l'adhésion après avoir constaté que l'assuré avait commis une fausse déclaration non intentionnelle. Dans un autre dossier, l'assuré qui avait omis involontairement de déclarer un élément du risque s'est vu réclamer rétroactivement une augmentation très importante de ses cotisations d'assurance, alors même que le montant de son indemnisation avait été réduit.

3^{ème} alinéa L 113-9 du Code des assurances

« Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport aux taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés ».

Le 1^{er} alinéa de l'article L 113-9 dispose que la nullité du contrat ne peut être prononcée si la mauvaise foi de l'assuré n'a pas été démontrée. Le législateur a ensuite tenu à faire une distinction selon le moment où l'omission ou la fausse déclaration est constatée.

Si cette découverte a lieu avant tout sinistre, l'assureur a la possibilité soit de maintenir le contrat moyennant une augmentation de cotisation acceptée par son client, soit de le résilier dix jours après avoir adressé une notification à l'assuré. Dans ce dernier cas, il appartient à l'assureur de rembourser la fraction de prime correspondant à la période non garantie.

Si le constat est effectué après un sinistre, l'indemnité doit être réduite en proportion du montant des primes versées par rapport au montant des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Il convient donc de veiller à ce que le droit soit correctement appliqué au regard de la situation personnelle du requérant. J'invite donc les sociétés d'assurances à faire preuve de plus rigueur quant à l'application de ces dispositions qui peuvent être lourdes de conséquences pour les assurés.

Date du sinistre et mise en jeu de la garantie

Si la date du sinistre est indiscutable dans la plupart des litiges et notamment en assurance de biens, elle peut s'avérer complexe à déterminer dans les litiges d'ordre médical.

Parmi les dossiers qui me sont soumis, je mentionne à titre d'exemple celui d'une assurée qui s'est vu refuser le bénéfice de la garantie annulation de voyage au motif que la constatation médicale de la pathologie dont était atteint son compagnon était antérieure à la date de réservation du séjour. L'assurée faisait valoir que la date retenue par la société d'assurances pour justifier l'application de l'exclusion contractuelle correspondait à un simple examen radiologique et que ce n'est que

postérieurement, lors du rendez-vous avec le médecin spécialiste, que le diagnostic avait été posé.

Dans ce type de litige, le conflit se cristallise sur la date de la constatation médicale de la pathologie. Aussi, il est nécessaire de déterminer ce qu'il faut entendre par « date de survenance du sinistre », en d'autres termes, ce qui caractérise le « sinistre » en droit des assurances.

Dans le contrat d'assurances souscrit par la réclamante, il était stipulé que « la date du sinistre retenue est celle de la première constatation médicale ». Mais, encore faut-il que cette « première constatation médicale » constitue un sinistre au sens du 4° de l'article L 113-2 du Code des assurances, c'est-à-dire qu'il soit « de nature à entraîner la garantie de l'assureur ».

La jurisprudence de la Cour de cassation a décidé en la matière que le délai de déclaration de sinistre commence à courir à compter du jour où l'assuré a acquis la certitude que l'accident va entraîner pour lui des effets indésirables. Ceci signifie que le sinistre est constitué lorsque l'assuré a pris connaissance ou conscience des conséquences dommageables de l'événement qui l'a atteint. Dans le même ordre d'idées, on note que la Cour suprême à propos de la prescription biennale inscrite à l'article L 114-1 du Code des assurances, précise que celle-ci commence à courir non pas du jour de l'accident mais de celui où l'assuré a connu et pu apprécier son état réel et s'est trouvé de ce fait en mesure d'agir.

Dans l'exemple mentionné, j'ai été amené à constater qu'à la date de sinistre retenue par l'assureur, aucune pathologie susceptible de compromettre le séjour réservé n'avait été décelée. Il était uniquement fait état, à cette date, de la nécessité de procéder à des examens complémentaires. De surcroît, j'ai relevé que les certificats médicaux communiqués ne corroboraient en rien les propos de l'assureur.

En effet, ces documents révélaient précisément que ce n'est que postérieurement à la réservation et au règlement du séjour que le compagnon de l'assurée avait pris conscience de son impossibilité d'effectuer le voyage en raison de son état de santé. Au vu de ces éléments, j'ai invité la société d'assurances à délivrer la garantie souscrite.

La question est délicate. Aussi, j'insiste auprès des sociétés d'assurances pour qu'elles procèdent, par l'intermédiaire de leur médecin conseil, à un examen attentif des documents médicaux qui sont produits par leur assuré, afin de déterminer à quelle date ce dernier a réellement eu connaissance et conscience que son état de santé était de nature à entraîner la mise en jeu de la garantie.

Il est important de distinguer la date de survenance du sinistre de la date à laquelle l'assuré a pris connaissance de l'événement susceptible de mettre en jeu la garantie de l'assureur.

La transaction

Article 2044

La transaction est un contrat par lequel les parties terminent une contestation née, ou préviennent une contestation à naître. Ce contrat doit être rédigé par écrit.

Article 2052

Les transactions ont, entre les parties, l'autorité de la chose jugée en dernier ressort. Elles ne peuvent être attaquées pour cause d'erreur de droit, ni pour cause de lésion.

Selon l'article 5 de la Charte de la médiation de la FFSA, le médiateur intervient « après épuisement des procédures internes de règlement des litiges propres à l'entreprise » et « il ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée ».

Une situation délicate peut apparaître lorsqu'une transaction a été signée entre l'assureur et la victime. En effet, le Code civil confère à l'accord signé par les parties l'autorité de la chose jugée en dernier ressort, ce qui signifie que l'affaire est définitivement réglée par la transaction et qu'il n'est plus possible de la contester. Je suis dans ces cas particuliers contraint de refuser mon intervention, tout en expliquant au requérant les raisons de mon refus d'intervenir, ce qui est parfois difficilement accepté. ●

La médiation au niveau international

La confiance des consommateurs dans les institutions qui fournissent les services financiers est une condition fondamentale de la stabilité financière et du développement économique des pays. Cette confiance repose notamment sur la protection du consommateur qui, en cas de difficulté, doit pouvoir accéder facilement à des mécanismes simples et efficaces pour résoudre les éventuels litiges.

C'est pourquoi les grandes organisations internationales, au niveau global et au niveau européen, réaffirment leur volonté de développer les modes alternatifs de règlement des conflits dans le secteur financier. Il en va de même dans de nombreux pays où les initiatives en ce sens se multiplient.

En octobre 2011, le G20 réuni à Paris a adopté le rapport préparé par l'OCDE qui énonce les « Principes de haut niveau du G20 sur la protection financière des consommateurs ». Parmi les dix grands principes figurent notamment la coopération renforcée entre les Autorités de contrôle, l'éducation financière du public et la gestion adéquate des plaintes et des recours au travers de mécanismes indépendants, peu coûteux, impartiaux, équitables, fiables et efficaces.

De son côté, la Banque mondiale pour la reconstruction et le développement multiplie les initiatives au travers des travaux et des missions ponctuelles organisées par son département Protection du consommateur et éducation financière. A sa demande j'ai co-rédigé avec mon collègue David Thomas, alors Principal Ombudsman du Financial Ombudsman Service du Royaume-Uni, deux rapports sur le thème de la résolution extrajudiciaire des litiges entre les consommateurs et les établissements financiers. Ces documents sont publiés sur le site Internet de la Banque mondiale (voir adresses en annexe). L'un est consacré à la situation dans dix pays de l'Europe Centrale et de l'Est membres de l'Union et dans un pays candidat. L'autre met en lumière les principes fondamentaux qui s'attachent à la mise en place et au fonctionnement de cette forme originale de résolution des litiges que sont les médiateurs et ombudsman du secteur financier.

Cette année encore, plusieurs pays d'Europe Centrale, d'Asie et du Maghreb ont manifesté leur intérêt pour la médiation financière et j'ai été invité à participer à des conférences internationales en Arménie, au Kazakhstan et au Maroc. J'ai également reçu la visite de magistrats de la Haute Cour de justice du Japon venus s'informer sur les avantages des systèmes européens de médiation. Je participe aussi, ponctuellement, aux travaux universitaires de l'Académie de droit européen.

La protection des consommateurs est une des missions prioritaires de l'Autorité de Contrôle Européenne des Assurances (EIOPA). Les modes de règlement extrajudiciaire des litiges ne sont pas absents des travaux du « Stakeholder group » qui a été placé auprès d'elle, ce qui me permet d'apporter en contribution mon expérience de la médiation tant en France qu'au sein du réseau européen FIN NET.

L'Union Européenne

Les actions de l'Union Européenne pour le développement des modes alternatifs extrajudiciaires de règlement des litiges s'accélèrent.

En plus des différentes directives intervenues dans le domaine financier depuis le début des années 2000, dont une liste figure dans mon précédent rapport, il est significatif

que la Commission propose maintenant l'adoption de deux textes spécifiques actuellement en discussion et qui devraient être adoptés à la fin de l'année 2012 :

- ▣ Une directive relative au règlement extra-judiciaire des litiges de consommation.
- ▣ Un règlement relatif au règlement en ligne des litiges de consommation.

Ces textes reprennent l'essentiel des principes fondamentaux des deux recommandations de la Commission de 1998 et de 2001, concernant l'indépendance, la transparence et l'efficacité des médiateurs. Contrairement aux directives précédentes, il ne s'agit plus seulement d'inviter ou d'inciter les États membres à mettre en œuvre par transposition de tels systèmes, mais d'une obligation qui sera d'application directe. Ces nouveaux textes européens vont permettre tout à la fois de combler les lacunes en imposant des médiateurs dans les secteurs où ils n'existent pas encore et d'assurer, en imposant le respect des principes fondamentaux, la mise en place de médiations de qualité dans tous les secteurs de l'économie. Il faut s'en féliciter.

On sait que le réseau européen FIN NET des médiateurs financiers, en place depuis 2001, permet de résoudre les litiges transfrontaliers dans l'Espace économique européen (EEE). Il comprend 56 membres depuis 2010, qui tous ont été notifiés par leurs Gouvernements respectifs comme étant en conformité avec les principes édictés par la Commission dans ses deux Recommandations.

Liés par un Protocole d'accord, les membres du réseau collaborent activement pour résoudre les litiges entre un consommateur et un prestataire établi dans un autre pays de l'EEE. En 2010, ce sont 1 794 dossiers transfrontaliers, dont 1 123 dans le secteur bancaire, 348 dans le secteur des assurances et 302 dans le secteur des services d'investissement qui ont été traités, portant à près de 10 000 le nombre de litiges réglés grâce au réseau depuis sa mise en place.

Les membres de FIN NET se réunissent deux fois par an sur la base d'un ordre du jour préparé par un comité directeur dont je fais partie. Ces réunions permettent en outre de renforcer les liens entre les membres, d'échanger informations et expériences et de faire le point sur les initiatives de la Commission.

L'efficacité de FIN NET est désormais reconnue et la Commission a conclu à la nécessité de renforcer encore la visibilité du réseau. Il est significatif que le projet de directive sur l'intermédiation dans l'assurance invite les États membres à encourager tous les systèmes compétents existants en mesure de le faire, à adhérer à FIN NET.

Les organisations de consommateurs au niveau européen et, bien sûr, les Centres européens des consommateurs (CEC), jouent également un rôle très important en faveur du développement des modes extrajudiciaires de règlement des litiges. Aussi, je suis particulièrement sensible à l'invitation qui m'a été faite de rejoindre en tant



que membre l'association du Centre Franco-Allemand des consommateurs de Kehl dont on sait qu'il œuvre sans relâche dans ce but.

Le monde

Le réseau international de médiateurs financiers INFO, International Network of Financial services Ombudsman schemes, poursuit son développement. Depuis 2007, INFO Network regroupe des systèmes de résolution extrajudiciaire des litiges dans le domaine financier du monde entier. Il comprend aujourd'hui 49 membres répartis dans 32 pays et tous les continents sont représentés.

Bien que n'étant pas sa vocation première, le réseau permet aussi de traiter et de résoudre, grâce à la collaboration entre ses membres, de nombreux litiges transfrontaliers.

Le but principal d'INFO est de développer la compétence et l'expertise de ses membres au travers d'échanges d'informations et d'expériences. Priorité est donnée aux thèmes universels comme les codes de conduite, les modes de gestion des réclamations, les relations avec les Autorités, la formation permanente, le développement de la médiation financière dans le monde, etc.

INFO est dirigé par un comité dont je fais également partie qui, avec le support d'un secrétariat basé en Australie, se réunit exclusivement par conférences téléphoniques, tous les deux mois. Le lien entre les membres est assuré par un site dédié. Un bulletin alimenté directement par les membres est publié chaque mois sur Internet.

La conférence annuelle d'INFO, qui réunit pratiquement tous les membres, est l'occasion privilégiée d'échanges. Elle permet d'accroître la collaboration et le soutien entre les membres. Ce soutien est d'autant plus important dans une période où l'on constate que dans un nombre croissant de pays, professionnels et politiques n'hésitent pas à remettre régulièrement en cause des systèmes indépendants de médiation financière qui offrent localement aux consommateurs une forme d'accès à la justice. ●





La médiation en chiffres

Conformément à la Charte de la médiation de la FFSA, les données correspondant à l'activité de médiation des entreprises qui ont choisi de désigner un médiateur particulier* (voir en annexe) sont intégrées dans ma présentation chiffrée.

Ainsi, le rapport annuel du Médiateur de la FFSA permet-il d'avoir une vision complète de la médiation de l'assurance en France, dès lors que l'on y ajoute les résultats de la médiation du GEMA. Différents organismes sont susceptibles de recevoir les plaintes, réclamations et demandes de médiation mettant en cause une entreprise d'assurances.

* AXA, CNP, GENERALI, MMA, GMF, GROUPAMA, NEUFLIZE Vie.

C'est ainsi que le service informations et réclamations de l'Autorité de contrôle prudentiel - qui est chargée de veiller au respect de la réglementation par les sociétés d'assurances et leurs intermédiaires - a reçu en 2011, 3 647 réclamations et interrogations, en légère baisse par rapport à l'an passé, et près de 14 500 appels téléphoniques, en très forte augmentation.

De son côté, la Direction générale de la concurrence et de la répression des fraudes (DGCCRF) indique avoir enregistré 90 125 plaintes et réclamations en 2011. Celles concernant le secteur de l'assurance, en augmentation, ont représenté 2,3 % du total des plaintes enregistrées, contre 1,9 % l'an passé.

Le Centre de documentation et d'information de l'assurance est aussi concerné. Parmi les diverses demandes qui lui sont adressées, 700 lettres, contre 400 l'an dernier, et 1 100 e-mails, contre 150 en 2010, portaient sur une réclamation. Ces chiffres étaient en constante diminution les années passées, laissant à penser que les assurés et les tiers ont une meilleure connaissance de la procédure à suivre en cas de désaccord avec une entreprise d'assurances. Ce retournement de situation laisse perplexe.

En revanche, les chiffres concernant la Boîte postale médiation assurance - qui a pour objet de transmettre, toutes sociétés d'assurances confondues, les demandes des particuliers à la personne ou au service qualifié au sein de l'entreprise concernée pour procéder au traitement de la réclamation - sont enfin en baisse, légère. Ce service a réorienté 2 010 courriers cette année contre 2 209 l'an passé. Les proportions restent les mêmes : 74 % des courriers concernaient les sociétés adhérentes de la FFSA, 12 % celles du GEMA et 14 % n'étaient pas identifiables ou ne concernaient pas la médiation.

Les demandes de médiation

Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2011, 6 951 demandes de médiation concernant les sociétés adhérentes de la FFSA ont été reçues. Si l'on ajoute à ce chiffre les 475 dossiers qui ont concerné le médiateur du GEMA, ce sont 7 426 demandes de médiation, toutes sociétés d'assurances confondues qui ont été formulées en 2011, comparées aux 5 649 de l'année 2010, soit une augmentation de 32 %.

A ces chiffres, il faut ajouter le nombre des dossiers traités par le médiateur de la Chambre syndicale des courtiers d'assurances, 306 contre 174 en 2010, et du Centre interprofessionnel des institutions de prévoyance qui a enregistré 74 demandes lors de son premier exercice.

La très forte augmentation des demandes de médiation depuis l'année 2008 est tout à la fois préoccupante et le signe d'une confiance accrue des consommateurs dans la médiation. Pour autant, conjointement avec la complexité croissante des dossiers, elle n'est pas sans incidences sur la charge de travail et par voie de conséquence sur les délais de traitement. L'appel au médiateur revêt des formes différentes et l'on constate une forte augmentation de l'usage du téléphone en parallèle des saisines par voie postale ou par Internet. Mais, il ne s'agit pas alors de procéder à des médiations par téléphone, la procédure applicable étant écrite. Aussi, lors des appels, l'accent est-il mis sur la résolution en amont des conflits par la mise en jeu des procédures internes de traitement des réclamations et sur l'information des assurés.

Au-delà de l'écoute indispensable pour prendre en considération les doléances des réclamants, ce contact direct permet de réaliser le toujours nécessaire travail d'explication de la procédure de médiation, en orientant les assurés vers le bon interlocuteur et en canalisant les demandes. Ainsi par exemple, les requérants peuvent être renvoyés vers les assureurs afin que le processus de traitement interne des réclamations soit respecté, si cela n'a pas déjà été fait, ou vers un interlocuteur qui sera susceptible de les aider si le litige ne ressortit pas à sa compétence. Par ailleurs, le dialogue facilite la constitution du dossier de médiation, permet un gain de temps appréciable en cas de litige persistant et aussi bien sûr de donner une information sur l'avancée des dossiers.

En 2011, près de 2 000 appels ont été traités. Plus des deux tiers concernaient de nouvelles demandes de médiation ainsi que des demandes à caractère juridique ou technique. Les autres appels concernaient le suivi des dossiers en cours de médiation.

Les thèmes le plus souvent abordés concernent :

- ☐ les problèmes de souscription par téléphone,
- ☐ la recherche de conseils juridiques ou techniques,
- ☐ les problèmes liés à la résiliation de contrats,
- ☐ la gestion des contrats par les intermédiaires d'assurances,
- ☐ la gestion des réclamations par les entreprises d'assurances,
- ☐ le suivi des dossiers en cours de médiation.

6 951

DEMANDES DE
MÉDIATION,
PRÈS DE...

1 800

DE PLUS
QU'EN 2011

2 372

DOSSIERS
PRÉMATURÉS,
RENOVÉS VERS
LES SERVICES
INTERNES DE
TRAITEMENT DES
RÉCLAMATIONS

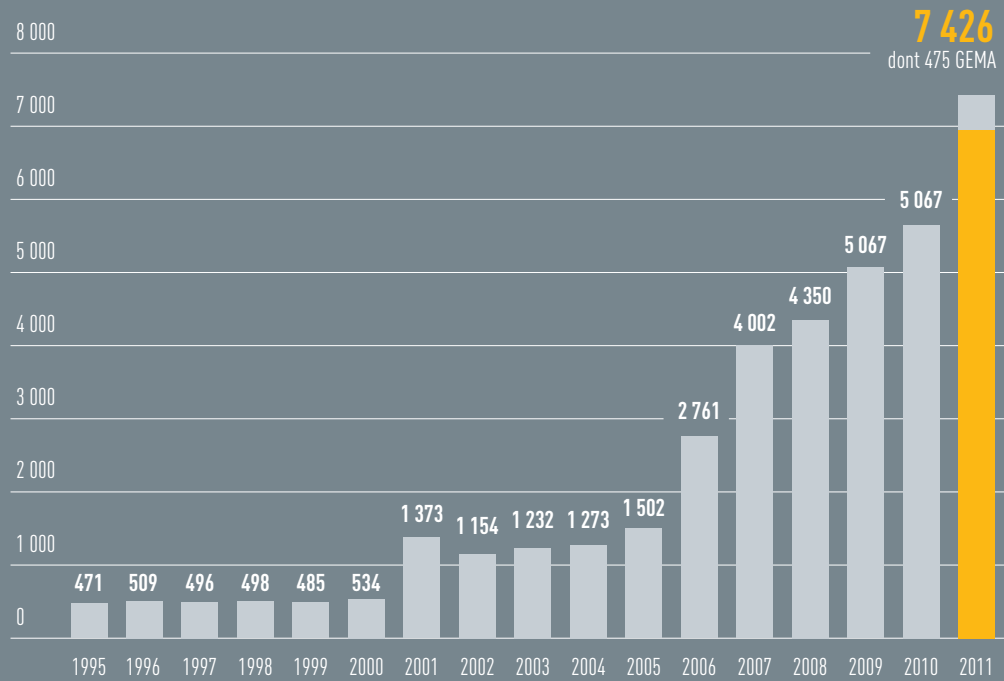
4 579

PRÉCONISATIONS,
DONT...

431

AVIS FORMALISÉS

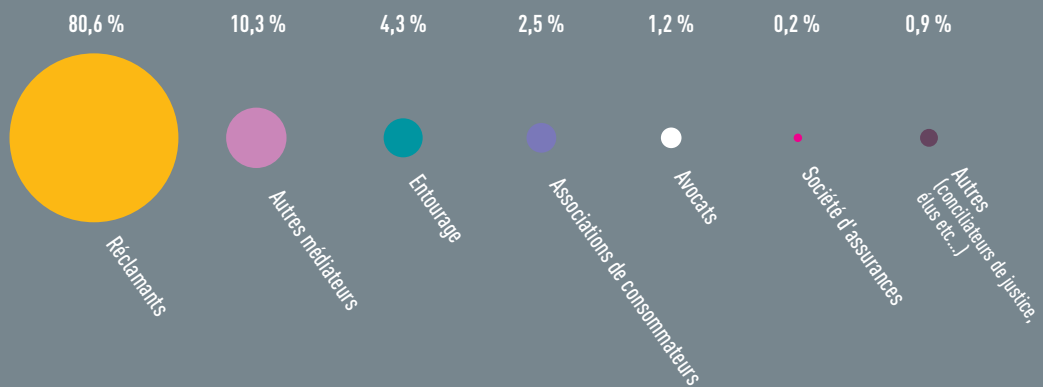
ÉVALUATION DE LA DEMANDE DEPUIS 1995



CAUSES DU RENVOI DES DEMANDES DE MÉDIATION



PROVENANCE DES DEMANDES



Ceci m'amène aujourd'hui à dresser les constats suivants :

- ▣ les requérants sont à la recherche constante d'interlocuteurs pouvant les éclairer sur le droit en général et son application au quotidien,
- ▣ ils apparaissent souvent mal informés des possibilités offertes par Internet,
- ▣ les assurés saisissent de plus en plus rapidement le médiateur sans recourir au service relation clientèle de l'assureur concerné ; ce faisant, ils considèrent que le médiateur est une solution miracle qui doit régler leur problème sur le champ,
- ▣ les assurés ont de grandes difficultés à comprendre la différence entre la société d'assurances et ses intermédiaires qui souvent sont responsables de la gestion du contrat ; cette confusion entraîne nombre de réclamations,
- ▣ les requérants estiment généralement que leur assureur ne prend pas en considération leurs demandes et leurs situations personnelles et spécifiques,
- ▣ enfin, les réclamants sont de plus en plus agressifs et discourtois, tant à l'égard des assureurs que du médiateur.

LA RECEVABILITÉ DES DEMANDES DE MÉDIATION

Sur les 6 951 demandes reçues, 344 dossiers ne relevaient pas de la compétence de la médiation. 2 372 demandes, irrecevables en l'état, ont été renvoyées vers les sociétés concernées afin que soient mises en œuvre ou parachevées les procédures internes de règlement. Ce chiffre, en forte augmentation, certes, comme l'ensemble des demandes, est trop important. Il impose un redoublement des efforts de toutes les parties prenantes pour faire comprendre que la médiation ne se substitue pas aux services réclamations des entreprises et que le médiateur, dernière chance avant le juge, ne peut intervenir qu'une fois épuisées toutes les voies internes de règlement du litige.

LA PROVENANCE DES DEMANDES

La part des demandes directes formulées par les assurés et les bénéficiaires est prépondérante. L'entourage proche du réclamant joue souvent un rôle important dans l'accompagnement de la requête.

L'assistance des requérants dans leur démarche de médiation par les organisations de consommateurs, qui sont pourtant des intermédiaires privilégiés et jouent un rôle pédagogique et de conseil important auprès de leurs adhérents, reste faible (seulement 2,5 % des dossiers en 2010).

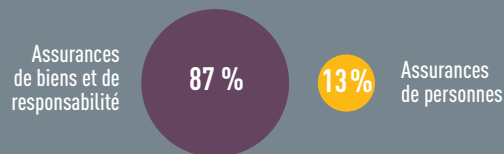
La proportion importante des saisines par l'intermédiaire de mes collègues européens, des médiateurs de services au public, des banques, des sociétés financières ainsi que du Médiateur de la République, désormais Défenseur des droits, est le signe de l'efficacité de la collaboration entre médiateurs, au niveau national comme au niveau européen.

Enfin, on relève une baisse sensible du nombre des interventions de la part de parlementaires au nom d'assurés de leurs circonscriptions.

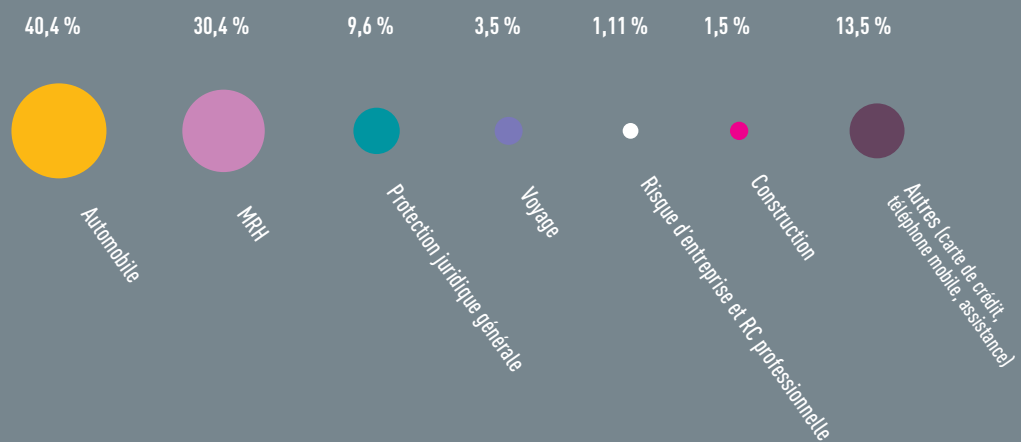
RÉPARTITION DES LITIGES SOUMIS À LA MÉDIATION



RÉPARTITION DES LITIGES SOUMIS À LA MÉDIATION DU GEMA



LITIGES IARD



L'objet des litiges

Les données mentionnées ici concernent toutes les médiations intervenues dans le domaine de l'assurance, hors celles relevant de la compétence du médiateur du GEMA. Les assurances de personnes sont toujours une cause majoritaire de litiges, bien que dans des proportions moindres depuis les deux dernières années.

Une vision globale plus réaliste pour l'ensemble du secteur de l'assurance résulte de l'intégration des chiffres ventilés par catégorie d'assurance - présentés ici en parallèle - de l'activité de médiation du GEMA où la part des assurances de biens et de responsabilité est très largement prépondérante.

TYPLOGIE DES RÉCLAMATIONS (HORS GEMA)

Assurances de biens et de responsabilité		Assurances de personnes : contrats individuels	
	47,7 %		24 %
Automobile	19,2 %	Vie	19,2 %
MRH	14,5 %	Santé	2,5 %
Voyage	1,7 %	Accident et GAV	0,5 %
Protection juridique générale	4,7 %	Emprunteurs	0,1 %
Risque d'entreprise et RC professionnelle	0,5 %	Autres (retraite, prévoyance)	1,7 %
Construction	0,7 %		
Autres	6,4 %	Assurances de personnes : contrats collectifs	
			28,3 %
		Emprunteurs	20,1 %
		Vie	4,2 %
		Santé	1,3 %
		Autres (retraite, prévoyance)	2,7 %

LES ASSURANCES DE BIENS ET DE RESPONSABILITÉ

Comme l'an passé, la part des litiges en assurance automobile reste prépondérante, 19,2 % de l'ensemble des demandes de médiation. Cette tendance est encore très largement accrue si l'on ajoute les conflits soumis à la médiation du GEMA.

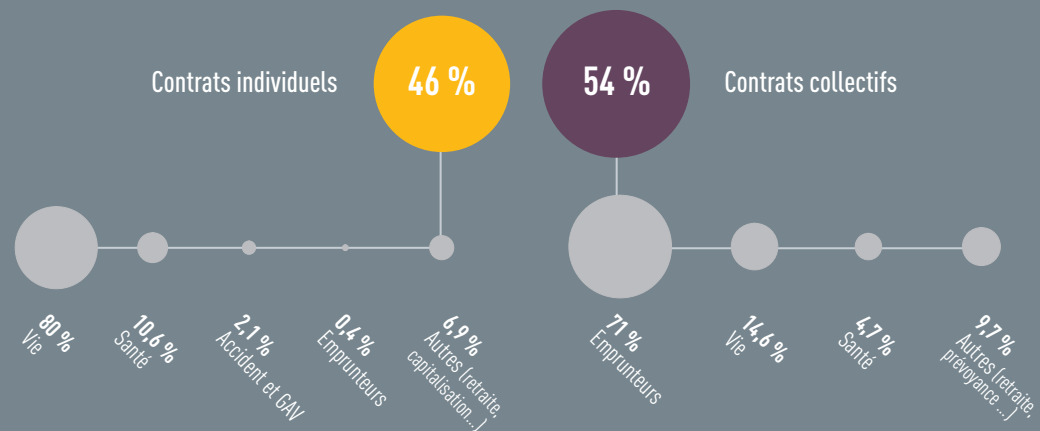
Les litiges portent essentiellement sur les dommages matériels et les désaccords sur la responsabilité. Ceux concernant le règlement des sinistres corporels restent l'exception.

On constate une relative stabilité des catégories par rapport à l'an passé, à l'exception, à nouveau, d'une élévation du nombre de demandes consécutives à des vols de téléphones portables.

LES ASSURANCES DE PERSONNES

Les assurances sur la vie, qu'elles soient souscrites individuellement ou dans un cadre collectif, restent, avec les contrats d'assurance des emprunteurs, la cause principale des litiges en assurances de personnes. Les assurances dites « obsèques », déjà mentionnées l'an dernier, comme dans le présent rapport, peuvent être une source d'incompréhensions et de conflits. On relèvera que les conditions de la commercialisation de ces contrats a fait l'objet d'une Recommandation de l'ACP en juin 2011. Dans le contexte de crise économique et financière persistante, les réclamations concernant les contrats adossés à des unités de compte ont représenté cette année à eux seuls 38 % des requêtes en assurance vie (25 % en 2010, comme en 2009). L'augmentation importante des litiges portant sur les contrats retraite est également un reflet de la situation économique.

LITIGES EN ASSURANCES DE PERSONNES



L'enjeu des litiges

La médiation offre la possibilité de voir traités des litiges de faible montant pour lesquels on hésitera à engager les frais d'une action en justice. Ces litiges dont l'enjeu économique est modéré, ne sont pas la majorité mais, il est important qu'il puissent être examinés et traités sans discrimination. Tous types d'assurances confondus, les enjeux financiers dont j'ai eu à connaître cette année se sont échelonnés de 1 à 3 000 000 d'euros. La plus grande part des dossiers, 40 %, se situe entre 1 000 et 5 000 euros. Parfois, la demande de médiation ne porte pas seulement ou du tout sur un intérêt financier, la requête étant faite « pour le principe ».

Les résultats de la médiation

431 dossiers ont donné lieu à un avis formalisé du médiateur en 2011. Il faut y ajouter les 440 rendus par le médiateur du GEMA. Les avis sont adressés à chacune des deux parties en cause. La formalisation d'un avis par le médiateur implique qu'aucune solution n'a été trouvée dans le cadre des procédures internes à l'entreprise dédiées au règlement des

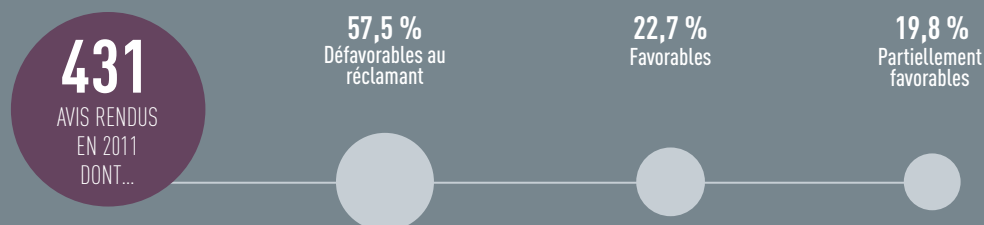
litiges et qui doivent avoir été épuisées préalablement. Lorsqu'une solution intervient, après la saisine du médiateur mais avant que je ne sois contraint de rendre un avis formalisé, c'est à mon instigation et éventuellement avec mon assistance. Ces règlements avant avis formalisé sont les plus fréquents, et de loin. Ils peuvent prendre diverses formes : échanges de courriers, de courriels, échanges téléphoniques, réunions, toutes formules qui permettent au médiateur de faire part de ses préconisations. Généralement un écrit de l'entreprise concernée vient concrétiser l'accord intervenu grâce à l'intervention du médiateur. Ce n'est qu'en cas de persistance du conflit que je rends un avis motivé.

LA NATURE DES AVIS

Sur la totalité des avis formalisés rendus par le médiateur en 2011, 42,5 % ont été favorables ou partiellement favorables au réclamant.

Le nombre des avis favorables aux requérants avait progressé les deux années précédentes et j'avais exprimé ma préoccupation face à cette évolution. La diminution sensible de la proportion d'avis favorables que l'on constate cette année rassure quant à la qualité du traitement des réclamations par les entreprises en amont de la saisine du médiateur.

NATURE DES AVIS



LE SUIVI DES AVIS

La proportion des avis qui n'ont pas été suivis ou ne l'ont été que partiellement, essentiellement du fait de quelques entreprises, reste stable, 2,4 % cette année. L'attitude persistante chez certains qui consiste à systématiquement apprécier les avis du médiateur lorsqu'ils leur sont favorables et à les rejeter lorsqu'ils leur sont contraires me laisse toujours perplexe.

LES DÉLAIS

Une des caractéristiques de la médiation est qu'elle est plus rapide que la voie judiciaire.

Ainsi, les délais prévus par les chartes de médiation sont-ils relativement brefs : 3 mois pour la médiation de la FFSA et 6 mois pour celle du GEMA. Le projet de Directive européenne sur le règlement extrajudiciaire des litiges de consommation envisage un délai de 90 jours.

Force m'est de constater qu'au fil des années, avec une constante augmentation du nombre des dossiers, très forte en 2009 et 2010, les délais de traitement s'allongent sensiblement. J'avais noté l'an passé une amélioration sensible du côté des entreprises qui sont désormais tenues de répondre en moins de 6 semaines à mes demandes d'information ou de documents et souhaité que ce délai s'améliore encore. En 2011 la moyenne des délais de traitement des dossiers de médiation est proche du délai de 6 mois généralement pratiqué. Tout est mis en œuvre pour, à demande constante, le réduire au mieux.

Conclusion

Rien ne serait possible sans l'implication de tous les intervenants de la médiation. Je suis reconnaissant envers les collaborateurs du service de la médiation de la FFSA de leur constance et de leur dévouement qui, au travers des situations de plus en plus nombreuses, complexes, exigeantes et parfois agressives, savent avec calme, détermination et compétence répondre aux attentes tout à la fois des requérants et des entreprises. Je les remercie chaleureusement.

Je remercie aussi celles et ceux, mes correspondants dans les sociétés d'assurances, qui participent activement à la réussite de la médiation. Relais indispensables de mes conseils et préconisations, ils sont la clé qui permet l'arrangement amiable au lieu du contentieux. Ces remerciements s'adressent bien évidemment aussi aux médiateurs d'entreprise et aux services qui leur sont dédiés.

J'ai constaté au cours des nombreuses interventions que j'ai été appelé à faire cette année, auprès de magistrats dans le cadre des cycles de formation permanente de l'ENM, de conciliateurs de justice réunis en congrès annuel auprès de la Cour d'appel de Lyon, de la Cour des comptes lors de ses travaux sur les comportements et la protection des épargnants, de la Commission de la médiation de la consommation, ainsi qu'en participant à des travaux organisés en France par le Conseil d'État, les Assemblées parlementaires, le Comité consultatif du secteur financier, ou encore à des colloques à l'étranger, que le thème de l'équité de la médiation revient sans cesse dans les échanges.

L'équité est citée dans l'article 8 de la Charte de la médiation de l'assurance : « Il est, dans tout avis rendu par le Médiateur de la FFSA, précisé qu'il a été établi en considération d'éléments de droit et d'équité... ». L'équité figure parmi les principes retenus par les différents textes sur la médiation élaborés par la Commission européenne. Elle figure aussi parmi les fondamentaux énoncés par les organisations internationales. On la retrouve dans l'article 1135 du Code civil : « Les conventions obligent non seulement à ce qui y est exprimé, mais encore à toutes les suites que l'équité, l'usage ou la loi donnent à l'obligation d'après sa nature ».

La définition selon laquelle chacun peut prétendre à un traitement juste, égalitaire et raisonnable amène naturellement le médiateur à se déterminer ex æquo et bono, selon ce qui est équitable et bon, en ignorant les règles de droit dont l'application stricte aurait pour effet des conséquences inégalitaires ou injustes.

Il en est allé ainsi, par exemple, dans un dossier où l'automobiliste victime d'une panne de turbo était invité par l'ordinateur de bord à stopper immédiatement le véhicule et où, après s'être conformé à cette injonction, il s'est vu refuser la prise en charge des frais de remorquage car le contrat visait une « incapacité totale à rouler » du fait d'une panne mécanique. De même, dans un cas où le contrat vol de bagages excluait la garantie « en l'absence de surveillance continue des biens », suivre le contrat à la lettre, alors qu'il n'y avait eu aucune négligence, aurait cautionné une garantie inutile, impossible à mettre en œuvre.

Plus lourdes de conséquences sont les situations en assurances de personnes et particulièrement en cas de fausse déclaration de l'état de santé. Les cas ne sont pas rares où, dans un souci d'apaisement ou d'équité, je suis amené à inviter l'assureur à renoncer à appliquer strictement les dispositions du Code des assurances. A cet égard, j'apprécie d'autant plus la décision de sociétés qui, après que dans un rapport précédent j'eus rappelé que les dispositions de l'article L 113-8 de ce Code pouvaient être interprétées, renoncent désormais, spontanément, dans les situations difficiles, parfois iniques, à garder à titre d'indemnité les cotisations versées au titre de contrats annulés pour fausse déclaration.

C'est aussi le rôle de la médiation, facteur de paix sociale, de faire sienne dans l'examen concret des situations douloureuses, la vision qu'avait Aristote de l'équité d'une forme de justice tempérée par l'amour dans la mesure où elle permet de donner la dimension humaine à la rigide froideur de la règle de droit. ●

Francis Frizon



Annexes

Charte de la médiation	52
Recueil des engagements à caractère déontologique des entreprises d'assurance membres de la FFSA et du GEMA	53
Charte des médiateurs de services au public	54
Textes	55
Publications, sites internet et adresses utiles	56

Charte de la Médiation

Les sociétés de la FFSA sont convenues de mettre en place un dispositif permettant aux assurés et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par les 10 règles ci-après :

- ① Un médiateur de la FFSA est désigné à l'unanimité par un conseil composé du président de l'Institut national de la consommation, du président du Comité consultatif du secteur financier et du président de la Fédération française des sociétés d'assurances. Son mandat est de trois ans renouvelable.
- ② Le médiateur de la FFSA exerce sa mission en toute indépendance.
- ③ Il dispose des concours, moyens et pouvoirs nécessaires à l'exercice de sa mission. Les entreprises disposent d'un délai maximum de six semaines pour répondre aux demandes d'informations ou de documents émanant du médiateur de la FFSA.
- ④ Le médiateur de la FFSA a pour mission l'examen des litiges opposant en matière d'assurance un assuré ou un tiers à une entreprise d'assurance. Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du médiateur de la FFSA.
- ⑤ Le médiateur de la FFSA peut être saisi par l'assuré, par un tiers ou, avec leur accord, par l'entreprise d'assurance, après épuisement des procédures internes de règlement des litiges propres à cette entreprise. Dans ce cas, la prescription est interrompue. Le médiateur de la FFSA ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée.
- ⑥ Après avoir instruit le dossier avec le concours des parties, le médiateur de la FFSA rend un avis motivé dans les trois mois. L'avis ne lie pas les parties. La décision de ne pas suivre l'avis du médiateur doit obligatoirement être prise au niveau de la direction générale de la société et portée à la connaissance du médiateur de la FFSA.
- ⑦ Le médiateur de la FFSA informe les assurés ou les tiers qu'ils conservent leurs droits de saisir les tribunaux.
- ⑧ Il est, dans tout avis rendu par le médiateur de la FFSA, précisé qu'il a été établi en considération d'éléments de droit et d'équité, mais aussi dans un souci de règlement amiable qui ne saurait correspondre à une approche juridictionnelle.
- ⑨ Une entreprise d'assurance peut désigner un médiateur particulier dès lors qu'il s'agit d'une personnalité indépendante et avec laquelle elle ne doit ni avoir, ni avoir eu aucun lien de subordination. Ce médiateur d'entreprise se substitue alors au médiateur de la FFSA ; il intervient dans les mêmes conditions de forme et de délais que le médiateur de la FFSA telles qu'elles sont définies au 2, 3, 4, 5, 6, 7 et 8 ci-dessus. Il se coordonne avec lui pour assurer une harmonisation des avis rendus et le tient informé de ses activités.
- ⑩ Le médiateur de la FFSA publie un rapport annuel qui rend compte de son activité et de celle des médiateurs d'entreprises qui lui communiquent à cet effet un bilan de leurs interventions.

Recueil des engagements à caractère déontologique des entreprises d'assurance membres de la FFSA ou du GEMA

Dans le cadre de l'Association Française de l'Assurance, la FFSA et le GEMA ont travaillé en commun sur la déontologie en matière d'assurance des particuliers. Ces travaux ont abouti à l'adoption d'un Recueil de déontologie. L'intégralité du recueil est consultable sur le site Internet de l'Association Française de l'Assurance.

ENGAGEMENT SUR LA MISE EN PLACE DE DISPOSITIFS DE MÉDIATION

Approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 15 décembre 2009 et par la Commission exécutive du GEMA le 11 juin 2009, le présent engagement a été confirmé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

En 1989 au GEMA et en 1993 à la FFSA, deux dispositifs de médiation ont été respectivement mis en place par les entreprises d'assurance membres.

A noter que la loi n°94-5 du 4 janvier 1994 a introduit dans le Code des assurances un article L 112-2 qui fait obligation à l'assureur de préciser dans les documents d'information qui sont remis au preneur d'assurance les modalités d'examen des réclamations ainsi que l'existence de l'instance chargée de cet examen et à laquelle il appartiendra, en cas de persistance du conflit, de communiquer au requérant les coordonnées du médiateur.

Le présent engagement a pour objet de fixer les règles minimales applicables en matière de médiation.

Les entreprises d'assurance membres de la FFSA ou du GEMA doivent mettre en place un dispositif de médiation ouvert à leurs assurés et qui satisfait au moins aux exigences suivantes :

- ▣ les médiateurs doivent être indépendants des entreprises d'assurance pour lesquelles ils interviennent et doivent exercer leur mission en toute indépendance ;
- ▣ les entreprises d'assurance doivent s'efforcer de répondre rapidement aux demandes d'informations et de documents émanant des médiateurs dans le cadre des dossiers dont ils sont saisis ;
- ▣ tout assuré au titre des risques du particulier a droit d'accéder gratuitement au médiateur compétent en fonction de l'entreprise d'assurance qui le garantit. Ce droit n'est toutefois acquis qu'après qu'il a épuisé les procédures de traitement des réclamations internes à l'entreprise ;
- ▣ l'engagement d'une procédure de médiation par l'assuré ou avec son accord entraîne suspension automatique des délais de prescription en cours jusqu'au rendu de l'avis du médiateur. A l'issue de la médiation, l'assuré conserve tous ses droits à l'introduction d'une éventuelle action contentieuse.



Le Club des Médiateurs de Services au Public a été créé en 2002, afin de rassembler les Médiateurs des organisations (entreprises, administrations, collectivités) qui partageaient les mêmes valeurs en matière de médiation. Il représente aujourd'hui la seule organisation en France rassemblant des médiateurs intervenant dans le domaine de la médiation institutionnelle. Il s'est transformé en Association en 2010, afin d'améliorer son action et sa visibilité, en France et en Europe.

Charte des Médiateurs de Services au Public

Le Club des Médiateurs de Services au Public regroupe des Médiateurs des administrations, entreprises, institutions et collectivités, en charge d'un service au public. Ils pratiquent la médiation institutionnelle pour donner aux litiges dont ils sont saisis par les citoyens, usagers et clients, une solution en droit et en équité et pour faire des recommandations d'ordre général en matière d'amélioration des relations avec les publics concernés.

Ces médiations, gratuites pour les demandeurs et d'un accès direct dès que les recours internes ont été épuisés, respectent les principes fixés par la Charte.

Ce texte fédérateur, adopté dès 2004 a été rénové en 2010. Il garantit l'observation par les médiateurs et les institutions auprès desquelles ils exercent leurs fonctions de règles déontologiques exigeantes et précises - impartialité et indépendance, compétence, efficacité -, ainsi que la qualité des médiations, menées avec diligence, dans la confidentialité.

Le statut d'association dont s'est doté le Club des Médiateurs conforte son rôle d'information sur la médiation institutionnelle, de lieu d'échanges privilégié, ainsi que son action de soutien pour faciliter la formation des Médiateurs et de leurs équipes et favoriser la diffusion entre ses membres de leurs expériences et des bonnes pratiques.

La Charte s'applique sans préjudice des éventuelles dispositions spécifiques régissant l'activité de chaque Médiateur. Le Club comprend actuellement 18 membres dont le Défenseur des droits.

Textes

Loi n°94-5 du 4 janvier 1994

Code des assurances - Article L 112-2 (extrait)

2^e alinéa

Les documents remis au preneur d'assurance précisent la loi qui est applicable au contrat si celle-ci n'est pas la loi française, les modalités d'examen des réclamations qu'il peut formuler au sujet du contrat, y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice, ainsi que l'adresse du siège social et, le cas échéant, de la succursale qui se propose d'accorder la couverture.

Recommandations et Directive de la Commission Européenne

Recommandation de la Commission des communautés européennes du 4 avril 2001 relative aux principes applicables aux organes extrajudiciaires chargés de la résolution consensuelle des litiges de consommation (notifiée sous le n°C (2001) 1016)

Recommandation de la Commission des communautés européennes du 30 mars 1998 concernant les principes extrajudiciaires applicables aux organes responsables pour la résolution extrajudiciaire des litiges de consommation (notifiée sous le n°98/257/CE).

Ordonnance 2011-1540 du 16 novembre 2011 portant transposition de la Directive 2008/52/CE du 21 mai 2008 sur certains aspects de la médiation en matière civile et commerciale.

Pour plus d'informations...

PUBLICATIONS

Rapport annuel de l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP)
www.acp.banque-france.fr/accueil.html

Rapport annuel du Comité consultatif du secteur financier (CCSF)
www.banque-france.fr/ccsf

Rapport du Conseil d'état sur la Médiation dans le Cadre de l'Union Européenne
www.conseil-etat.fr

Rapport annuel du Centre Européen des Consommateurs Franco-Allemand
www.cec-zev.eu

Association Française de l'Assurance Recueil des engagements à caractère déontologique
www.assfass.fr

Rapport annuel du Médiateur des mutuelles du GEMA
www.gema.fr

Commission de médiation de la Convention AERAS Rapport d'activité 2008
www.aeras-info.fr

Médiation et consommation Guide pratique à destination des entreprises et organisations professionnelles
www.conso-confiance.fr/file/94131/

Bilan de de la médiation bancaire
www.banque-france.fr

Rapport annuel du Médiateur auprès de la Fédération bancaire française
www.fbf.fr

Actes du colloque du Conseil d'Etat du 4 mai 2011 « Les développement de la médiation » La documentation Française

Rapports David Thomas ; Francis Frizon pour la Banque Mondiale
« Resolving disputes between consumers and financial businesses :
- Fundamentals for a financial ombudsman »
- Current arrangements in central and eastern Europe »
http://siteresources.worldbank.org/EXTFINANCIALS/ECTOR/Resources/Financial_Ombudsmen_Vol1_Fundamentals.pdf

http://siteresources.worldbank.org/EXTFINANCIALS/ECTOR/Resources/Financial_Ombudsmen_Vol2_ECA.pdf

SITES INTERNET

Site de la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA)
www.ffsa.fr

Site de l'Institut national de la consommation (INC)
www.conso.net

Site du Club des Médiateurs de services au Public
www.clubdesmediateurs.fr

Site FIN NET
http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_fr.htm

Site INFO
www.networkfso.org

Site EIOPA
<https://eiopa.europa.eu>

Site Centre Européen des Consommateurs Franco-Allemand
<http://www.cec-zev.eu>

ADRESSES UTILES

Le Médiateur de la FFSA

BP 290
75425 Paris Cedex 09

Boîte Postale Médiation Assurance
1, rue Jules Lefebvre
75431 Paris Cedex 09

Centre de Documentation
et d'Information de l'Assurance (CDIA)
26, boulevard Haussmann
75311 Paris Cedex 09

Le Médiateur des mutuelles
d'assurances du GEMA
9, rue de Saint Pétersbourg
75008 PARIS

Chambre Syndicale
des courtiers d'assurances
91, rue Saint Lazare
75009 Paris

Centre Technique des Institutions
de Prévoyance
10, rue Cambacérès
75008 Paris

Association Française des Sociétés
Financières
24, Avenue de la Grande Armée
75854 Paris cedex 17

MÉDIATEURS DE SOCIÉTÉS

AXA
Secrétariat de la Médiation
Terrasse 4
313, terrasse de l'Arche
92727 Nanterre Cedex

CNP ASSURANCES
Direction Médiation
4, place Raoul Dautry
75716 Paris cedex 15

GMF
Association nationale des sociétaires
de la Garantie
Mutuelle des Fonctionnaires
91, avenue de Villiers
75017 Paris

GROUPAMA
Secrétariat de la Médiation
5/7, rue du Centre
93199 Noisy le Grand Cedex

GENERALI
Secrétariat de la Médiation
7, boulevard Haussmann
75440 Paris Cedex 09

MMA
Service Clientèle et Médiation MMA
10, boulevard Alexandre Oyon
72030 Le Mans Cedex 9

NEUFLIZE Vie
Secrétariat de la Médiation
3, avenue Hoche
75410 Paris Cedex 08

La Médiation de la FFSA

FRANCIS FRIZON

MÉDIATEUR

MARIE-CÉCILE LETZELTER

RESPONSABLE DU SERVICE DE LA MÉDIATION

JÉRÔME BRUNEAU

CHARGÉ D'ÉTUDES

AMANDINE ZAWADZKI

CHARGÉE D'ÉTUDES

ARLETTE GOSSELIN

RESPONSABLE DU SECRÉTARIAT

ANNIE BALDUS

SECRÉTAIRE

CLARISSE TRILLAT

ASSISTANTE

